

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN PERSIAPAN  
PASIEN PULANG TERHADAP KEPUASAN PASIEN  
TENTANG PELAYANAN KEPERAWATAN  
DI RSD KABUPATEN MADIUN**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk  
memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Oleh

**Sudaryani**

0606027360

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2008**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis ini telah disetujui, diperiksa untuk dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Tesis  
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Juni 2008

Pembimbing I

Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App, Sc

Pembimbing II

dr. Luknis Sabri, SKM

## PANITIA UJIAN SIDANG TESIS

Jakarta, 4 Juli 2008

Ketua

Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App, Sc

Anggota

dr. Luknis Sabri, SKM

Anggota

Yuyun Kurniasih, S.Kp, M.Kep

Anggota

Hanny Handiyani, S.Kp, Mkep  
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

Sudaryani

Pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun

xii + 117 hal + 7 bagan + 11 tabel + 11 lampiran

Abstrak

Salah satu indikator kualitas pelayanan rumah sakit adalah kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yaitu pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang. Program pendidikan ini belum dilaksanakan di RSD Kabupaten Madiun, sehingga perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh program tersebut terhadap kepuasan pasien sehingga dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Metode penelitian yang digunakan adalah *quasi eksperimen posttest only with control group design*. Jumlah responden sebanyak 80 pasien yang dibagi dalam kelompok intervensi dan kontrol masing-masing 40 orang berdasarkan ruang perawatan. Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terdiri dari nutrisi, aktifitas, tanda dan gejala serta obat-obatan. Kepuasan pasien diukur dengan menggunakan kuesioner yang dikembangkan oleh peneliti dengan hasil uji validitas 0,4678 - 0,9098 dan reliabilitas 0,9851. Perbedaan kepuasan pasien pada kelompok intervensi dan kontrol dianalisis dengan uji beda 2 mean *t test independent* dan faktor dominan yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien dianalisis dengan regresi linier berganda dengan  $\alpha = 0,05$ . Hasil penelitian menunjukkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang mendapat pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang mencapai 94,23% dan yang tidak mendapatkan mencapai 71,42% dengan ( $p = 0,000 < 0,05$ ), berarti terdapat pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan. Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang perlu direkomendasikan oleh rumah sakit untuk dilaksanakan kepada seluruh pasien di ruang rawat inap dan rawat jalan, sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien dan kualitas pelayanan keperawatan.

**Kata Kunci:** kepuasan pasien, pelayanan keperawatan, pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang

Daftar pustaka: 53 (1980 – 2007)

**POST GRADUATE PROGRAM NURSING FACULTY  
DEPARTMENT OF NURSING LEADERSHIP AND MANAGEMENT  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Sudaryani

**The Effect of Health Education on Return Patient Preparation toward Patient Satisfaction of Nursing Service at Public Hospital in Madiun District**

xii + 117 pages + 7 schemes + 11 tables + 11 appendices

**Abstract**

One of hospital service quality indicator is patient satisfaction of nursing service that is health education of return patient preparation. This education program can not be implemented yet at Public Hospital in Madiun District, so it is important to be done a research concerning the effect of health education on return patient preparation toward patient satisfaction of nursing service. This research purpose is to know the effect of this program toward patient satisfaction so it can be used. This research used a quasi experiment post test only with control group design. Amount of respondents are 80 patients divided into intervention and control group, each group consist of 40 people based on caring room. Health education of return patient preparation consists of nutrition, activity, signal and symptom and also medicines. Patient satisfaction is measured by using questionnaires which is developed by researchers with validities test results of 0,4678 - 0,9098 and reliability of 0,9851. Difference of patient satisfaction on intervention and control group is analyzed by different test 2 mean t test independent and dominance factor which have effect on patient satisfaction analyzed by multiple linear regression with  $\alpha = 0,05$ . Research result indicated that patient satisfaction of nursing service which getting health education of return patient preparation reached 94,23% and don't get health education of return patient preparation reached 71,42% ( $p=0,000 < 0,05$ ), It means there are effect of health education of return patient preparation toward patient satisfaction of nursing service. Health education of return patient preparation must be recommended by hospital to implement for all patient both inpatient and outpatient, so it can improve patient satisfaction and nursing service quality.

Keyword: patient satisfaction, nursing service, health education of return patient preparation

References: 53 (1980 - 2007)

## KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT atas segala rahmat dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan pembuatan tesis yang berjudul “Pendidikan Kesehatan Persiapan Pulang Terhadap Kepuasan Pasien tentang Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun. Penyusunan tesis ini didasari oleh kenyataan bahwa kualitas pelayanan keperawatan merupakan hal yang penting dalam pelayanan di rumah sakit. Kualitas pelayanan ini akan memberikan dampak terhadap kepercayaan masyarakat dalam memilih rumah sakit sebagai tempat untuk merawat kesehatannya sehingga dapat meningkatkan BOR rumah sakit.

Penyelesaian tesis ini mendapat dukungan dan bimbingan dari banyak pihak. Oleh sebab itu penulis menyampaikan banyak terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia beserta seluruh jajarannya yang telah memberikan kesempatan untuk belajar di almamater tercinta.
2. Ketua Program Pascasarjana Program Magister Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan untuk menyelesaikan studi di Program Magister Ilmu Keperawatan FIK-UI.
3. Dr. Budi Anna Keliat, SKp. M.App. Sc, sebagai pembimbing I tesis yang telah memberikan bimbingan dengan sabar, tekun, bijaksana dan cermat serta memberikan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. dr. Luknis Sabri, SKM, sebagai pembimbing II tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan cermat serta memberikan motivasi dalam

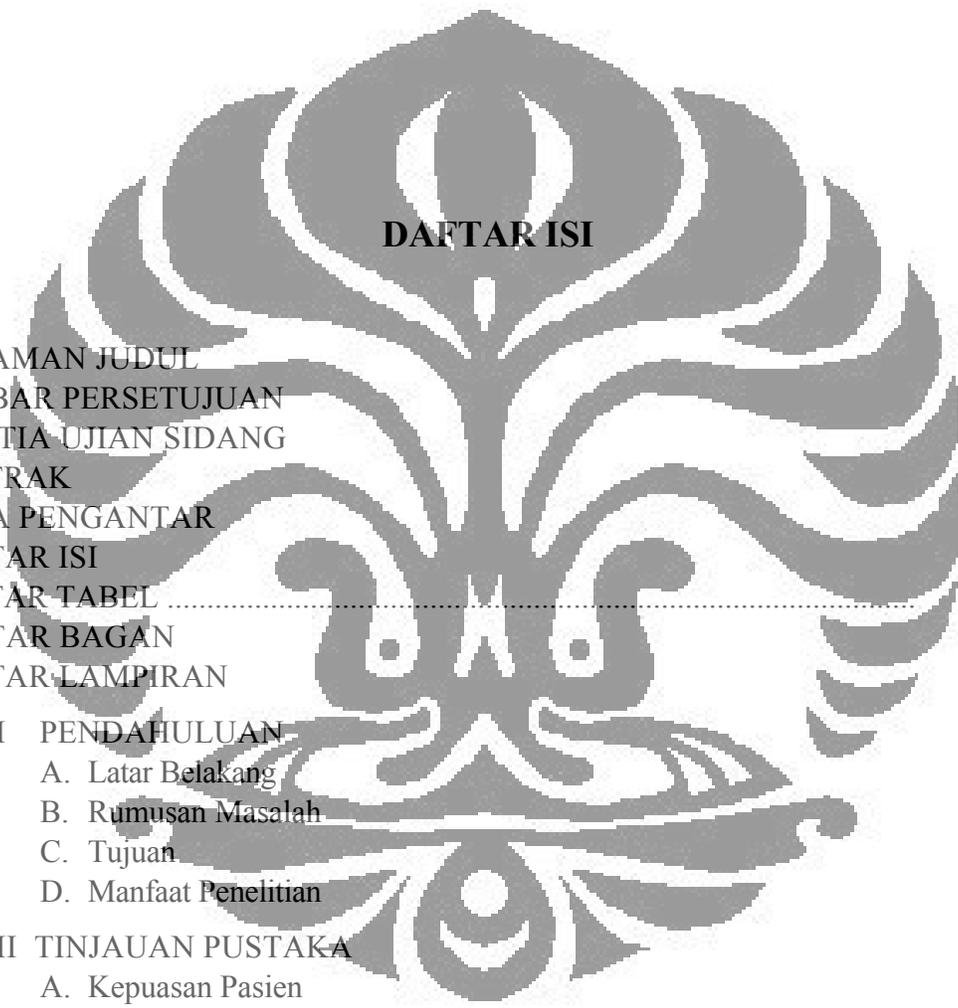
penyelesaian tesis ini.

5. Tim Dosen Pascasarjana yang telah memberikan bimbingan dan wawasan ilmunya yang bermanfaat sehingga semester demi semester dapat diselesaikan dengan baik.
6. Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Madiun yang telah memberikan ijin untuk menggunakan rumah sakit sebagai lokasi penelitian.
7. Direktur Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun beserta perawat dan karyawannya yang telah memberikan ijin untuk menggunakan rumah sakit sebagai lokasi penelitian serta memberikan dukungan untuk melaksanakan penelitian.
8. Semua pasien di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun yang telah bersedia berpartisipasi dengan memberikan informasi untuk kepentingan penelitian ini.
9. Rekan-rekan mahasiswa di Program Pascasarjana Program Magister Ilmu Keperawatan dan di rumah “Sakinah” yang telah memberikan dukungan dan kebersamaannya.
10. Suami dan anak-anakku tercinta, yang telah mengorbankan waktu pertemuan dan memberikan motivasi dan dukungan dengan penuh keikhlasan.
11. Bapak, ibuku dan saudaraku tercinta yang selalu memberikan dukungan serta doa restunya untuk menyelesaikan semua kegiatan belajar.
12. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

Semoga amal dan budi baik yang telah diberikan mendapat pahala yang berlimpah dari Allah SWT. Semoga tesis ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan dan mengembangkan kualitas pelayanan keperawatan.

Depok, Juli 2008

Penulis



## DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
PANITIA UJIAN SIDANG	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan	8
D. Manfaat Penelitian	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Kepuasan Pasien	11
1. Pengertian Kepuasan Pasien	11
2. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kepuasan Pasien	12
3. Pengukuran Kepuasan Pasien	20
B. Perencanaan Pemulangan/ <i>Discharge Planning</i>	26
1. Pengertian Perencanaan Pemulangan	26
2. Prinsip Perencanaan Pemulangan	27
3. Mekanisme Perencanaan Pemulangan	29
C. Pendidikan Kesehatan	33
1. Pengertian Pendidikan Kesehatan	33

2. Tujuan pendidikan Kesehatan	34
3. Model Pendidikan Kesehatan	37
4. Faktor yang Berpengaruh Terhadap pendidikan Kesehatan	40
<b>BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
A. Kerangka Teori	42
B. Kerangka Konsep	46
C. Hipotesis	47
D. Definisi Operasional	47
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
A. Rancangan penelitian	50
B. Populasi dan Sampel	51
1. Populasi	51
2. Sampel	51
3. Teknik Pengambilan Sampel	52
C. Tempat Penelitian	53
D. Waktu Penelitian	53
E. Etika Penelitian	54
F. Alat Pengumpulan data	55
1. Karakteristik Responden	55
2. Kepuasan Pasien	55
G. Prosedur Pengumpulan Data	57
1. Prosedur Administratif	57
2. Pelaksanaan Pengambilan Data	57
H. Analisis Data	59
1. Pengolahan Data	59
2. Analisis data	60
<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b>	
A. Analisis Univariat	64
1. Karakteristik Responden	64
2. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan	68
3. Posisi Pelayanan Keperawatan dalam <i>Importance-Performance Matrix</i>	73
B. Analisis Bivariat	75
1. Uji Kesetaraan Karakteristik Responden	75
2. Perbedaan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan	77
C. Analisis Multivariat	81
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>	
A. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan	85
1. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan/ Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang Tentang Nutrisi	86

2.	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan/ Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang Tentang Aktifitas	88
3.	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan/ Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang Tentang Tanda dan Gejala	90
4.	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan/ Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang Tentang Obat-Obatan	91
5.	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan	93
6.	Pengaruh Karakteristik Pasien Terhadap Kepuasan Pasien Tentang Pelayanan Keperawatan	100
B.	Keterbatasan Penelitian	106
C.	Implikasi Hasil Penelitian	108
1.	Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Pelayanan Keperawatan	108
2.	Implikasi Hasil penelitian Terhadap Pendidikan Keperawatan	109
3.	Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Penelitian Selanjutnya	110
<b>BAB VII SIMPULAN DAN SARAN</b>		
A.	Simpulan	111
B.	Saran	112
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		114
<b>LAMPIRAN</b>		

### **DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1	Definisi Operasional	47
Tabel 4.1	Rancangan Penelitian	51
Tabel 4.2	Prosedur Pengambilan Data Penelitian	59
Tabel 5.1	Rata-Rata Responden Menurut Umur, Jarak Rumah dengan Rumah Sakit dan Lama Perawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008	64
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Diagnosa Penyakit dan Kelas Perawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008	

66

Tabel 5.3 Rata-Rata Kepuasan Pasien Pada Tiap Dimensi Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008

68

Tabel 5.4 Rata-Rata Kepuasan Pasien Menurut Program Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008

71

Tabel 5.5 Rata-Rata Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun Bulan April - Mei 2008

73

Tabel 5.6 Uji Kesetaraan Variabel Umur, Jarak Rumah dengan Rumah Sakit dan Lama Perawatan antara Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008

75

Tabel 5.7 Uji Kesetaraan Variabel Jenis Kelamin, Pendidikan, Diagnosa Penyakit, dan Kelas Perawatan antara Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008

76

Tabel 5.8 Analisis Perbedaan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di RSD Kabupaten Madiun, April - Mei 2008

77

Tabel 5.9 Analisis Perbedaan Kepuasan Pasien Menurut Dimensi Pelayanan Keperawatan Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di RSD Kabupaten Madiun, April - Mei 2008

79

Tabel 5.10 Analisis Hubungan Variabel Umur, Jarak rumah dengan rumah sakit, Lama perawatan, Jenis kelamin, Pendidikan, Diagnosa penyakit, Kelas perawatan, Kelompok/ Pendidikan Kesehatan dengan Kepuasan

81

Tabel 5.11 Perubahan Coefficient B setelah Pengeluaran Variabel Jarak rumah dengan rumah sakit, Pendidikan, Umur, dan Jenis kelamin

82

### DAFTAR BAGAN

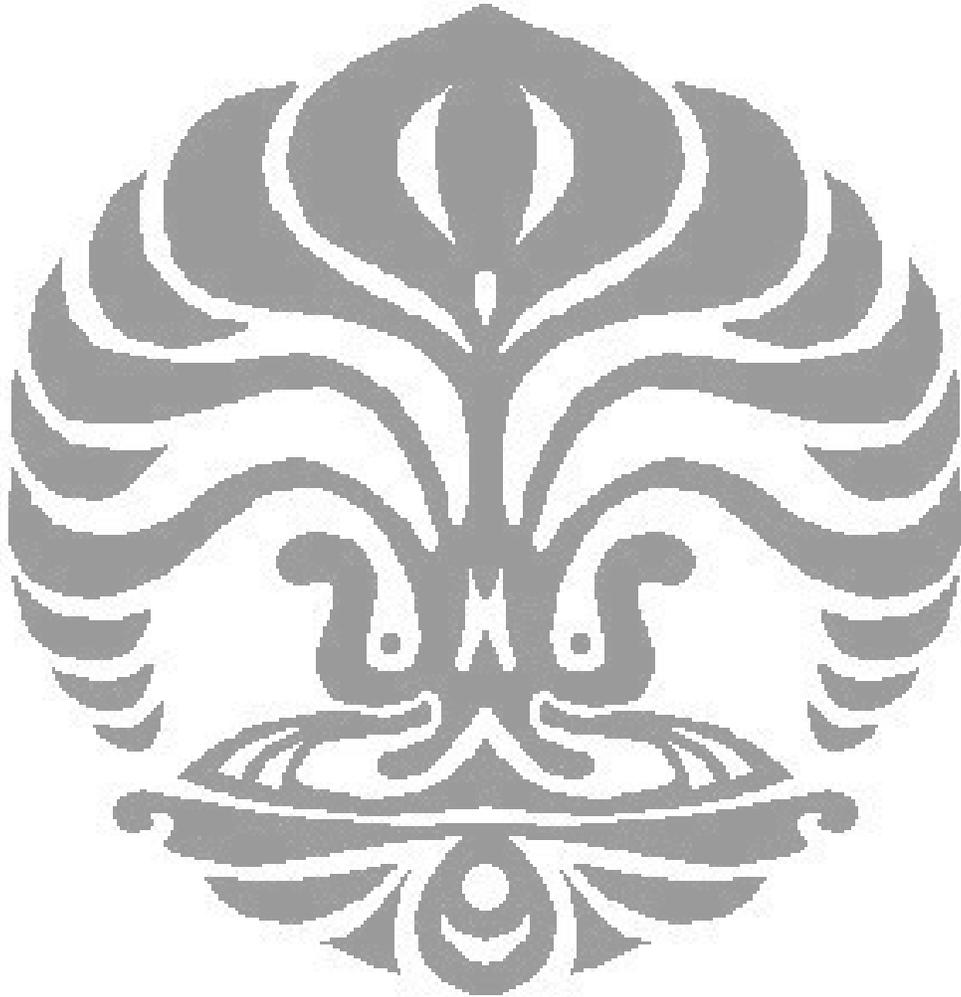
Bagan 2.1	Posisi rumah sakit berdasarkan tingkat kepuasan pasien	25
Bagan 2.2	Model pendidikan Kesehatan	39
Bagan 3.1	Kerangka Teori Hubungan pendidikan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien	45
Bagan 3.2	Kerangka Konsep Penelitian	46
Bagan 4.1	Posisi rumah sakit berdasarkan tingkat kepuasan pasien	62
Bagan 5.1	Posisi Program Pelayanan Keperawatan Menurut Tingkat Kepuasan Pasien Pada Kelompok Intervensi di RSD Kabupaten Madiun, April-Mei 2008	74
Bagan 5.2	Posisi Program Pelayanan Keperawatan Menurut Tingkat Kepuasan Pasien Pada Kelompok Kontrol di RSD Kabupaten Madiun, April-Mei 2008	



### DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan Penelitian di RSD Kabupaten Madiun
- Lampiran 2 : Pengantar *Informed Consent*
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan/*Informed Consent*
- Lampiran 4 : Kisi-Kisi Instrumen Penelitian
- Lampiran 5 : Instrumen penelitian
- Lampiran 6 : Rencana Persiapan Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang
- Lampiran 7 : Pedoman Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang
- Lampiran 8 : Hasil Analisis Regresi Linier Berganda

- Lampiran 9 : Daftar Riwayat Hidup  
Lampiran 10 : Surat lolos uji etik  
Lampiran 11 : Surat ijin penelitian



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Keterbukaan sistem informasi saat ini berpengaruh terhadap semakin mudahnya masyarakat memperoleh informasi termasuk informasi tentang kesehatan. Hal ini berakibat pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan semakin meningkat. Masyarakat konsumen pelayanan kesehatan tidak hanya membutuhkan perawatan dan pengobatan, tetapi juga memerlukan program untuk pencegahan sakit, rehabilitasi, dan peningkatan status kesehatan termasuk informasi kesehatan mereka. Masyarakat tidak lagi dengan mudah menerima rekomendasi dari pemberi pelayanan, tetapi mereka juga akan mencari informasi dari sumber lain untuk dapat mengambil keputusan secara mandiri tentang jenis dan tempat pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Rumah sakit mulai melakukan pembenahan sistem pelayanan maupun manajemennya untuk memenuhi tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Potter dan Perry (2004) menjelaskan bahwa rumah sakit pada saat ini perlu lebih memfokuskan pelayanan pada upaya preventif yang membantu individu untuk mempertahankan kesehatan, melakukan diagnosa secara dini terhadap penyakit, rehabilitasi, serta perawatan berkelanjutan setelah sakit. Dengan demikian kesinambungan program peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, rehabilitasi dan perawatan berkelanjutan perlu mendapatkan perhatian, di samping program pengobatan yang telah dijalankan selama ini.

Konsumen pelayanan kesehatan juga tidak sekedar menuntut pelayanan kesehatan saja, tetapi mereka menuntut pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pada dasarnya konsep pelayanan berkualitas sebagai penilaian baik buruknya rumah sakit dapat dilihat dari empat komponen yang mempengaruhinya yaitu: 1) aspek klinis yang meliputi pelayanan dokter, perawat dan teknis medis, 2) efisiensi dan efektivitas, yaitu pelayanan yang murah dan tepat guna, 3) keselamatan pasien, yaitu upaya perlindungan pasien dari hal yang membahayakan keselamatan pasien, serta 4) kepuasan pasien, yaitu tentang kenyamanan, keramahan, dan kecepatan pelayanan (Lusa, 2007, Hubungan *quality assurance* dengan kepuasan pasien rumah sakit, ¶ 3, <http://jsofian.wordpress.com/2007/04/17/mengukur-kepuasan-pasien-rumah-sakit/> diperoleh tanggal 28 Desember 2007). Kepuasan pasien sebagai salah satu indikator pelayanan berkualitas harus menjadi perhatian, karena berhubungan langsung dengan pengguna pelayanan kesehatan.

Azwar (1996) menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi. Rumah sakit perlu memperhatikan standar dan kode etik profesi agar dapat memberikan kepuasan kepada konsumennya.

Kepuasan pasien merupakan inti dari pemasaran modern yang berorientasi kepada pelanggan. Tingkat kepuasan dapat berubah dari waktu ke waktu. Jika mereka puas, mereka akan loyal terhadap rumah sakit dan membeli pelayanan yang ditawarkan.

Kepuasan pasien juga sangat erat hubungannya dengan "*word of mouth*", artinya pelayanan yang memuaskan akan mendatangkan pelanggan baru melalui cerita dari orang yang puas (Suryadi, 2001, Biaya atau kepuasan pasien, ¶ 5, [http://www.pdpersi.co .id/?show=detailnews&kode=568&tbl=artikel](http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=568&tbl=artikel), diperoleh tanggal 28 Desember 2007).

Utama (2003) menjelaskan masalah kepuasan masyarakat sebagai tolok ukur tingkat kualitas pelayanan kesehatan merupakan masalah yang kompleks dan tidak mudah untuk dibatasi. Kompleksitas masalah kualitas pelayanan rumah sakit tidak saja terkait dengan keterbatasan sumber daya dan lingkungan, tetapi juga bersumber dari perbedaan persepsi tentang ukuran kualitas pelayanan antara konsumen, petugas kesehatan, dan pemerintah atau penyandang dana. Dengan demikian aspek kepuasan pasien merupakan fenomena yang rumit, yang dapat selaras dengan kode etik profesi dan standar mutu yang ditetapkan pemerintah, tetapi dapat pula lebih dari standar tersebut.

Gibson (1987) berpendapat bahwa kepuasan seseorang (pasien atau pelanggan) berarti terpenuhinya kebutuhan yang diinginkan, yang diperoleh dari pengalaman memperoleh perlakuan tertentu dan memperoleh sesuatu sesuai kebutuhan yang diinginkan. Istilah kepuasan dipakai untuk mengevaluasi hasil, membandingkan kebutuhan yang diinginkan dengan kebutuhan yang telah diperolehnya. Dengan demikian berbagai kegiatan dan sarana kegiatan pelayanan kesehatan yang mencerminkan kualitas rumah sakit merupakan determinan utama dari kepuasan pasien. Pasien akan memberikan penilaian terhadap berbagai kegiatan pelayanan serta sarana dan prasarana yang diterimanya.

Ketidakpuasan yang sering dikemukakan pasien adalah yang berkaitan dengan sikap dan perilaku petugas rumah sakit, antara lain: pelayanan dokter dan perawat terlambat, dokter dan perawat kurang komunikatif dan informatif, lamanya proses masuk untuk perawatan, aspek pelayanan “hotel” di rumah sakit, serta ketertiban dan kebersihan lingkungan. Aspek tersebut menduduki peringkat tinggi dalam persepsi kepuasan pasien. Tidak jarang walaupun pasien/ keluarganya merasa hasil pelayanan kesehatan tak sesuai dengan harapannya, mereka merasa cukup puas karena dilayani dengan sikap yang menghargai perasaan dan martabatnya (Jacobalis, 1990).

Potter dan Perry (2004) menjelaskan bahwa salah satu aspek dari 7 dimensi pelayanan keperawatan yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien adalah pemberian informasi yang jelas, komunikasi efektif dan pendidikan kesehatan yang diperlukan oleh pasien. Hal ini didukung oleh penelitian Suryawati (2006) di tiga rumah sakit di Jawa Tengah yang menjelaskan bahwa indikator kepuasan pasien yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan adalah penjelasan perawat terhadap tindakan yang akan dilakukan, pemberian dan penjelasan obat, respon perawat terhadap keluhan pasien serta sikap dan ketrampilan perawat. Berdasarkan indikator tersebut sebanyak 13,23% pasien menyatakan tidak puas, dan 86,77% puas. Dengan demikian komunikasi dan pemberian pendidikan kesehatan oleh perawat kepada pasien merupakan salah satu aspek yang harus diperhatikan dalam memenuhi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

WHO menjelaskan bahwa perawat memiliki peran kunci untuk melaksanakan pendidikan kesehatan. Perawat perlu melakukan peran ini pada semua tatanan pelayanan, baik pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Perawat juga perlu melaksanakan peran ini pada semua tingkat pencegahan, mulai dari tingkat pencegahan primer sampai dengan tersier (Nursing, health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges ahead, ¶ 1, <http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/2/163?ck=nck>, diperoleh tanggal 10 Januari 2008). Pasien yang berada di rumah sakit harus mendapatkan pendidikan kesehatan sebagai wujud peran perawat pada tingkat pencegahan sekunder maupun tersier. Pendidikan kesehatan harus dilaksanakan secara terprogram dan sesuai dengan kebutuhan pengetahuan yang mereka perlukan saat dirawat maupun ketika pulang.

*Discharge planning*/ perencanaan pulang adalah proses sistematis yang bertujuan menyiapkan pasien meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan yang berkelanjutan di rumah atau di unit perawatan komunitas (Taylor, dkk. 1989). Program perencanaan pemulangan pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien yang meliputi nutrisi, aktifitas/ latihan, obat-obatan dan instruksi khusus yaitu tanda dan gejala penyakit pasien (Potter & Perry, 2004). Pendidikan kesehatan bertujuan memberikan pengetahuan dan keterampilan yang penting kepada pasien dan keluarganya untuk memenuhi kebutuhan perawatan berkelanjutan yang akan dilakukan di rumah (Informasi sistem/E-Learning management information system and other materials, ¶ 1, [Http://informasisistem.blogspot.com/2007/06/prinsip\\_pendidikan](Http://informasisistem.blogspot.com/2007/06/prinsip_pendidikan)

*kesehatan.html*, diperoleh tanggal 28 Desember 2007). Jika pasien pulang dipersiapkan dengan baik, maka tidak mengalami hambatan dalam melanjutkan program pengobatan dan rehabilitasi. Pasien juga akan mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik dan mampu mempertahankan kondisi kesehatan seperti sebelum sakit.

Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun merupakan rumah sakit yang baru berkembang dan belum terakreditasi sehingga masih banyak memerlukan beberapa pembenahan untuk dapat bersaing dengan rumah sakit lainnya di Madiun. Seiring dengan dilaksanakannya program askeskin oleh pemerintah, maka rumah sakit telah menunjukkan peningkatan yang ditunjukkan oleh pencapaian BOR 75%, BTO 47 kali, TOI 1 hari dan ALOS 4 hari. Hal ini menunjukkan pelayanan rumah sakit dan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit baik.

Pelayanan keperawatan dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan meskipun belum berjalan dengan baik. Pemberian pendidikan kesehatan pada pasien belum dilakukan secara terprogram terutama program pendidikan untuk pasien yang akan pulang. Pemberian informasi dilaksanakan bersamaan dengan pelaksanaan tindakan keperawatan, tetapi belum mencakup keseluruhan hal-hal yang seharusnya diketahui oleh pasien ketika pulang. Hal ini berakibat pasien kurang mengerti apa yang harus dilakukan setelah pasien pulang sehingga program pengobatan dan perawatan berkelanjutan serta program rehabilitasi dapat terhambat. Kekeliruan minum obat, tidak mengenalnya efek pemberian obat, kekeliruan menjalankan aktivitas dan nutrisi yang dikonsumsi merupakan beberapa

hal yang terjadi akibat kurang terprogramnya pendidikan kesehatan untuk pasien pulang.

Selama masa perkembangannya rumah sakit selalu meningkatkan jumlah tenaga perawat dan beberapa fasilitas pelayanan serta melakukan survei kepuasan pasien. Survei kepuasan pasien dilakukan tiap 3 bulan sekali yang meliputi seluruh pelayanan dan fasilitas rumah sakit. Hasil survey pada Maret 2008 menunjukkan rata-rata tingkat kepuasan pasien sebesar 70-80% dengan target 90% dan pencapaian BOR 85% serta mampu merebut konsumen di kalangan tingkat ekonomi menengah ke atas.

Berdasar fenomena di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap tingkat kepuasan pasien di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pengembangan kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit tersebut melalui survei kepuasan pasien serta dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan sebagai akibat pemberian pendidikan kesehatan.

## **B. Rumusan Masalah**

Kepuasan pasien merupakan reaksi afeksi dan dinamis yang berhubungan dengan perasaan kenyamanan, keramahan, kecepatan pelayanan serta pemberian informasi tentang kesehatan yang dibutuhkan. Potter dan Perry (2004) dan Suryawati (2006) menjelaskan bahwa salah satu aspek pelayanan keperawatan yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien adalah pemberian pendidikan kesehatan pada pasien. Kegiatan ini dilakukan melalui program *discharge planning*, yang pada dasarnya

adalah proses pemberian pendidikan kesehatan yang bertujuan menyiapkan pasien untuk melanjutkan program perawatan di rumah atau di unit perawatan komunitas (Taylor, dkk. 1989).

Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun merupakan rumah sakit yang baru berkembang dan selalu mengembangkan kualitas pelayanan. Hasil survey kepuasan pasien terhadap efektifitas pelayanan kesehatan dan seluruh fasilitas pelayanan, menunjukkan nilai rata-rata 70-80%, sedangkan target pelayanan yang ingin dicapai sebesar lebih dari 90%. Pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang belum dilakukan secara terprogram. Beberapa pasien mendapatkan informasi tentang kesehatan jika mereka bertanya kepada perawat. Hal ini dapat berakibat pasien kurang mengerti apa yang harus dilakukan setelah pulang yang akhirnya dapat menghambat program pengobatan dan perawatan berkelanjutan.

Berdasar fenomena di atas, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Belum tercapainya target BOR sebesar 85%.
2. Efektifitas program pelayanan melalui survey kepuasan pasien belum mencapai target 90%.
3. Belum adanya program pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang.

Pertanyaan masalah yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah:

1. Adakah pengaruh pemberian pendidikan kesehatan persiapan pulang terhadap

kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan.

2. Apakah faktor yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan.

### **C. Tujuan**

#### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun.

#### **2. Tujuan Khusus**

Melalui kegiatan penelitian dapat diidentifikasi:

- a. Perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat pendidikan kesehatan persiapan pulang di ruang rawat inap RSD Kabupaten Madiun
- b. Faktor yang paling mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSD Kabupaten Madiun.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### **1. Pelayanan di Rumah Sakit**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien di rumah sakit tersebut. Pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang diharapkan dapat meningkatkan kepuasan pasien. Peningkatan kepuasan pasien ini selanjutnya akan berfungsi sebagai alat pemasaran bagi rumah sakit melalui metode “*word of mouth*”.

Pendidikan kesehatan yang telah dijalankan juga diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dan dikembangkan sebagai standar pelaksanaan pendidikan kesehatan dalam pelayanan keperawatan. Dengan demikian setelah pasien dirawat di rumah sakit pasien akan mendapatkan nilai lebih dibandingkan jika di rawat di rumah sakit lain.

## **2. Bagi Pasien dan Keluarga**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi pasien dan keluarganya, serta dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Rasa puas yang dimiliki pasien akan menjadi motivator bagi pasien untuk merubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Perilaku sehat yang dimaksud adalah pasien mampu melanjutkan program pengobatan dan rehabilitasi. Dengan demikian diharapkan pula pasien akan dapat berfungsi di keluarga dan masyarakat seperti sebelum sakit.

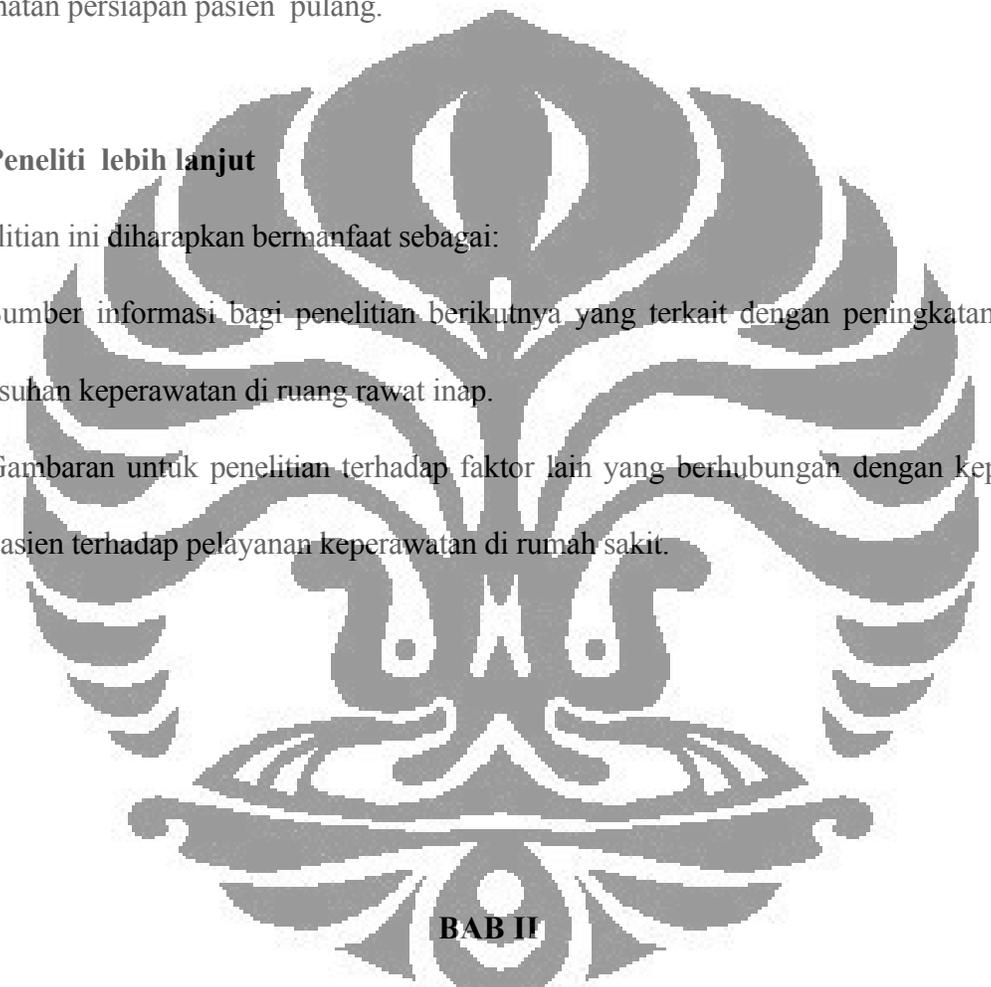
### **3. Pendidikan Keperawatan**

Penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai sumber dalam mengembangkan asuhan keperawatan pasien rawat inap. Institusi pendidikan juga diharapkan dapat mengembangkan kompetensi mahasiswa untuk melaksanakan program pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang.

### **4. Peneliti lebih lanjut**

Penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai:

- a. Sumber informasi bagi penelitian berikutnya yang terkait dengan peningkatan mutu asuhan keperawatan di ruang rawat inap.
- b. Gambaran untuk penelitian terhadap faktor lain yang berhubungan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di rumah sakit.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menguraikan teori dan konsep yang mendasari masalah penelitian. Pembahasan meliputi kepuasan pasien, perencanaan pemulangan pasien dan pendidikan kesehatan bagi pasien sebagai persiapan pasien pulang.

## **A. Kepuasan Pasien**

### **1. Pengertian Kepuasan Pasien**

Oliver dalam Supranto (2006) mendefinisikan kepuasan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapannya.

Kotler dalam Wiyono (1999) mendefinisikan kepuasan sebagai tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan hasil produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang. Jadi kepuasan merupakan perasaan seseorang yang muncul sebagai hasil dari membandingkan harapan dengan kenyataan yang dialami/ diterima.

Gibson (1987) menjelaskan bahwa kepuasan seseorang (pasien atau pelanggan) berarti terpenuhinya kebutuhan yang diinginkan dan diperoleh dari pengalaman melakukan sesuatu pekerjaan, atau memperoleh perlakuan tertentu sesuai dengan kebutuhan yang diinginkan. Istilah kepuasan dipakai untuk menganalisis atau mengevaluasi hasil, membandingkan kebutuhan yang diinginkan yang ditetapkan individu dengan kebutuhan yang telah diperolehnya.

Wexley dan Yukl (1988), menjelaskan bahwa seseorang/ pasien akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara kondisi yang dibutuhkan dengan kondisi aktual. Semakin besar kekurangan dari hal yang dibutuhkan, maka semakin besar rasa ketidakpuasan. Dengan demikian dapat pula diartikan bahwa, semakin tinggi selisih antara kebutuhan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan pelayanan yang telah diterimanya, maka semakin tinggi

pula terjadinya rasa ketidakpuasan pasien.

Kepuasan pasien merupakan hasil reaksi afeksi yang bersifat subjektif terhadap obyek yang sama atau berbeda yang dapat menghasilkan penilaian yang sama atau berbeda Azwar (1996). Penilaian pasien terhadap mutu rumah sakit bersumber dari pengalaman pasien. Pengalaman pasien merupakan perlakuan atau tindakan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit yang sedang/ pernah dirasakan dan ditanggung oleh pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Berdasar beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan, bahwa kepuasan pasien merupakan perasaan/ sikap pasien sebagai hasil dari mempersepsikan dan membandingkan kebutuhan perawatan yang mereka harapkan dengan perlakuan yang mereka terima selama menjalani perawatan. Sehingga semua tindakan yang telah diterima pasien akan dipersepsikan sebagai hal yang memuaskan atau tidak memuaskan.

## **2. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kepuasan Pasien**

Faktor- faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien pada dasarnya dibedakan menjadi 2, yaitu faktor yang berasal dari individu/ pasien dan faktor yang berada di luar individu.

Faktor yang berasal dari individu berpengaruh terhadap bagaimana pasien mempersepsikan lingkungan. Sedangkan faktor yang berada di luar individu merupakan keadaan yang menyebabkan individu melakukan persepsi untuk menimbulkan sikap puas atau tidak puas. Faktor luar individu mencakup bagaimana pelayanan keperawatan dan

fasilitas lain diberikan kepada pasien.

Utama (2003) dan Gunarsa (1995), beberapa karakteristik individu yang diduga menjadi faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien adalah; pendidikan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, kondisi ekonomi yang berhubungan dengan pemilihan kelas perawatan, lokasi rumah sakit terhadap pasien, jenis/ diagnosa penyakit yang berhubungan dengan keparahan penyakit, lama perawatan, dan alasan memilih rumah sakit. Faktor paling dominan yang menentukan kepuasan pasien adalah pendidikan, umur, jenis kelamin dan status ekonomi yang berhubungan dengan kelas perawatan.

#### a. Pendidikan

Pendidikan adalah status resmi tingkat pendidikan terakhir yang ditempuh oleh pasien. Loundon dan Britta (1998) menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi keinginan dan harapannya. Anjaswari (2002) menjelaskan bahwa ada perbedaan tingkat kepuasan pasien yang berpendidikan SD, SLTP, SLTA dan PT. Penelitian ini menjelaskan bahwa pasien yang berpendidikan SD memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi terhadap pelayanan keperawatan dibanding yang berpendidikan SLTP, SLTA dan PT. Pasien yang memiliki pendidikan tinggi memiliki pengetahuan tinggi, sehingga cenderung memiliki kebutuhan yang lebih kompleks. Oleh karena itu mereka membutuhkan pelayanan yang lebih lengkap dan berkualitas untuk mendapatkan kepuasan.

#### b. Umur

Umur adalah masa hidup pasien yang didasarkan pada tanggal lahir atau pernyataan pasien, dan biasanya dinyatakan dalam tahun. Prasetyo dan Ihalauw (2005), menjelaskan segmen umur yang berbeda mempunyai selera dan minat yang berbeda pada suatu produk termasuk pelayanan keperawatan. Menurut Davis (1994), semakin tua usia, harapan terhadap pelayanan semakin rendah, sehingga mereka cenderung lebih mudah puas dibanding mereka yang berusia relatif muda. Pasien muda umumnya memiliki harapan lebih tinggi sehingga perlu pelayanan yang lebih untuk mencapai kepuasan.

c. Jenis kelamin

Jenis kelamin laki-laki cenderung lebih mudah merasa puas dibanding wanita (Solpro, 2001, Pengembangan indeks kepuasan pasien, <http://mikmundip.or.id>, diperoleh tanggal 30 Desember 2007). Hal ini terjadi karena laki-laki cenderung melihat produk dari sisi kualitas dan fungsinya, sedangkan perempuan lebih berdasar pertimbangan sosial, psikologis dan penampilan luar produk (Peiss, 1998 dalam Prasetijo & Ihalauw, 2005).

d. Pekerjaan

Zaini (2001) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kepuasan pasien. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Anjaswari (2002); Pudjiati (2002) dan Rohyadi (2004) yang menjelaskan bahwa tidak ada perbedaan tingkat kepuasan antara kelompok pasien yang memiliki pekerjaan PNS, ABRI, pensiunan, pegawai swasta, petani dan yang tidak bekerja. Dengan demikian pekerjaan bukan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kepuasan pasien.

e. Pendapatan/ status ekonomi

Status ekonomi adalah jumlah penghasilan rata-rata setiap bulan dalam bentuk uang atau barang (dikonversikan ke nilai uang). Status ekonomi pasien berhubungan dengan pemilihan kelas perawatan. Menurut Perry dan Potter (2004), pasien yang memiliki status ekonomi baik/ tinggi mempunyai banyak kesempatan untuk menggunakan dan mendapatkan fasilitas pelayanan yang lebih baik. Mereka memilih kelas perawatan yang memiliki fasilitas yang mampu membuat perasaan nyaman selama dirawat. Hal ini berarti pula mereka memiliki harapan dan tuntutan yang tinggi terhadap pelayanan keperawatan. Dengan demikian untuk mendapatkan perasaan puas diperlukan pelayanan yang lebih dari standar perawatan umum yang berlaku di masyarakat.

Pasien yang memiliki status ekonomi rendah pada umumnya memiliki harapan dan tuntutan yang lebih rendah terhadap pelayanan keperawatan. Mereka seringkali hanya berharap penyakitnya segera sembuh apapun fasilitas yang diberikan. Dengan demikian mereka akan merasa puas terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan secara standar umum masyarakat.

f. Jenis penyakit/ keparahan penyakit

Menurut Potter dan Perry (2004), berat ringannya penyakit berpengaruh terhadap lamanya waktu perawatan di rumah sakit dan tingkat ketergantungan pasien dalam memenuhi kebutuhannya. Hal ini berpengaruh pula terhadap harapan dan persepsi pasien terhadap

pelayanan keperawatan yang diberikan.

Pasien yang menderita penyakit parah, maka tuntutan akan pelayanan akan semakin tinggi. Tuntutan pelayanan yang tinggi harus diikuti dengan pemberian pelayanan yang lebih kompleks dan berkualitas. Sehingga pasien yang menderita penyakit parah cenderung memiliki tingkat kepuasan yang rendah dibanding pasien yang memiliki penyakit yang kurang parah.

g. Lokasi atau jarak rumah pasien dengan rumah sakit

Lokasi rumah sakit yang strategis yaitu lokasi yang mudah dijangkau oleh transportasi umum dan berada di tengah-tengah masyarakat. Utama (2003) menjelaskan bahwa lokasi rumah sakit yang strategis seringkali menjadi alasan bagi pasien memilih pelayanan rumah sakit karena jarak rumah sakit dengan tempat tinggalnya dekat dan mudah dijangkau oleh sarana transportasi. Penelitian Suryawati, dkk. (2006), di tiga rumah sakit di Jawa Tengah menunjukkan bahwa 42,7% pasien memilih rumah sakit dengan alasan lokasi rumah sakit dekat dengan rumah mereka. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa salah satu indikator kepuasan pasien dari segi kondisi fisik rumah sakit secara umum adalah keterjangkauan rumah sakit dari pasien. Dengan demikian mudahnya rumah sakit dijangkau oleh transportasi umum dan jaraknya yang dekat dengan masyarakat, akan mampu memberikan kepuasan bagi pasien.

Menurut *The Picker/ Commonwealth Program for Patient-Centered Care* (1987 dalam

Potter & Perry, 2004), terdapat tujuh dimensi kebutuhan pasien yang membuat pengalaman sakit dan dirawat di rumah sakit menjadi lebih manusiawi. Tujuh dimensi ini dikenal dengan pemberian pelayanan keperawatan yang berfokus pada pasien yang merupakan faktor yang perlu mendapatkan perhatian rumah sakit dalam upaya memberikan kepuasan pasien. Tujuh dimensi tersebut meliputi:

a. Penghormatan terhadap nilai, kesukaan dan kebutuhan pasien.

Setiap pasien berharap diperlakukan dengan penuh penghargaan dan penghormatan. Pasien juga berharap mendapatkan informasi dan dilibatkan dalam pembuatan keputusan tentang perawatan mereka. Dengan demikian pemberi pelayanan keperawatan harus mampu mengidentifikasi nilai, kesukaan dan kebutuhan pasien sehingga memiliki persepsi yang sama dengan kebutuhan pasien. Hasil identifikasi kebutuhan merupakan dasar untuk menentukan tindakan perawatan kepada pasien.

b. Koordinasi dan integrasi perawatan

Selama dirawat, pasien mencari seseorang yang berwenang dalam perawatannya dan yang dapat diajak berkomunikasi secara jelas. Pasien juga perlu mengetahui siapa orang yang bisa dimintai tolong setiap ia membutuhkan pertolongan. Hal ini terjadi karena pasien merasa tidak mampu untuk memenuhi kebutuhannya. Perawat perlu memberikan pelayanan dengan prosedur yang terkoordinasi baik serta memberi informasi tentang siapa yang dapat dimintai tolong untuk meminimalkan ketidakmampuannya.

c. Komunikasi yang efektif dan pendidikan kesehatan yang diperlukan pasien

Komunikasi efektif antara perawat dengan pasien merupakan salah satu aspek yang perlu mendapatkan perhatian dalam pelayanan keperawatan. Komunikasi efektif diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan memberikan intervensi yang sesuai dengan kebutuhannya. Komunikasi ini akan mempengaruhi kepuasan pasien, karena pasien merasa kebutuhannya terpenuhi.

Pendidikan kesehatan untuk pasien adalah pemberian informasi yang akurat dan tepat tentang status klinis, kemajuan, prognosis, prosedur perawatan dan tindakan mengelola perawatan secara mandiri. Pendidikan kesehatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pasien untuk menunjang program pengobatan dan perawatan mereka. Peningkatan kemampuan pasien akan memberikan perasaan puas dan berdampak yang positif terhadap kualitas pelayanan keperawatan.

d. Kenyamanan fisik

Pasien yang dirawat di rumah sakit tidak hanya sekedar membutuhkan perawatan dan pengobatan. Mereka juga menuntut kenyamanan fisik selama menjalani perawatan yang meliputi perawatan fisik, kebutuhan *privacy* dan lingkungan rumah sakit yang selalu terjaga kebersihan dan kenyamanannya. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan pelayanan dasar yang harus diberikan oleh pemberi pelayanan keperawatan. Bila kebutuhan kenyamanan terpenuhi maka pasien akan mendapatkan kepuasan.

e. Dukungan emosional dan pengurangan rasa takut dan cemas

Perasaan takut dan cemas seringkali menyertai pasien saat dirawat di rumah sakit. Perasaan ini dapat terjadi karena ancaman kehidupan maupun perubahan lingkungan. Pasien berharap dapat membagi perasaan takutnya dengan pemberi pelayanan. Dalam hal ini perawat perlu memberikan dukungan emosional dengan cara memberikan waktu bagi pasien untuk menceritakan rasa takutnya. Dukungan emosional ini diperlukan untuk mengurangi perasaan takut dan cemasnya. Bila rasa takut/ cemas berkurang atau hilang maka pasien akan merasa puas.

f. Keterlibatan keluarga dan teman

Pemberi pelayanan harus mengenal dan menghormati keluarga dan teman pasien yang merupakan pemberi dukungan pasien. Pasien berharap memiliki kebebasan untuk menentukan keterlibatan keluarga dan temannya dalam pengambilan keputusan serta bantuan fisik setelah pulang. Perawat perlu memberikan informasi tentang kebutuhan pasien tersebut dan melibatkan keluarga untuk mengambil tentang perawatan yang diperlukan pasien.

g. Transisi dan kesinambungan pengobatan

Pasien berharap pelayanan kesehatan berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pulang dapat dikoordinasikan dengan baik. Oleh sebab itu informasi tentang pemberian obat, diet, program tindakan pengobatan lain yang akan dijalankannya dan tanda bahaya yang harus diperhatikan ketika mereka selesai menjalani perawatan serta kemudahan akses untuk

sumber pelayanan kesehatan yang dibutuhkan ketika pulang perlu diberikan kepada pasien dan keluarganya. Kegiatan ini dapat dilakukan melalui program *discharge planning* yang bertujuan memberikan kesinambungan perawatan ketika pasien pulang.

### 3. Pengukuran Kepuasan Pasien

Azwar (1996) menjelaskan bahwa persoalan yang paling rumit dalam menentukan mutu pelayanan adalah menentukan indikator kualitas yang dapat memenuhi kebutuhan dan kepuasan pasien. Hal ini karena kepuasan bersifat subyektif dan merupakan hasil reaksi afeksi (penilaian perasaan) seseorang.

Parasuraman, et al. (1990) menyebutkan bahwa ada 5 aspek mutu pelayanan yang dapat meningkatkan kepuasan pasien. Penggunaan lima aspek pengukur kepuasan pasien disebut metode *servqual/ service quality*. Lima aspek tersebut adalah keandalan, ketanggapan, jaminan, kepedulian dan bukti langsung.

#### a. Keandalan (*reliability*).

Keandalan (*reliability*) adalah kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, jujur, aman, tepat waktu, ketersediaan, akurat dan memuaskan. Keseluruhan aspek ini berhubungan dengan kepercayaan terhadap pelayanan dalam kaitannya dengan ketepatan waktu pelaksanaan tindakan.

Pemberian pendidikan kesehatan yang andal (*reliability*) adalah bahwa perawat dalam

memberikan pendidikan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien, memiliki kemampuan yang baik, dilakukan sesuai dengan waktu yang diperlukan dan segera memberikan informasi ketika pasien membutuhkan.

b. Ketanggapan (*responsiveness*).

Ketanggapan (*responsiveness*) yaitu keinginan perawat untuk membantu pasien dan segera merespon untuk memberikan pelayanan terhadap kebutuhan pasien, serta dengan cepat memperhatikan dan menyelesaikan masalahnya. Perawat perlu menunjukkan sikap bersedia setiap saat untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan segera merespon kebutuhan pasien akan informasi kesehatan.

c. Jaminan (*assurance*).

Jaminan (*assurance*) adalah mencakup kemampuan, pengetahuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki pada karyawan, bebas dari bahaya, resiko, keragu-raguan, memiliki kompetensi, percaya diri dan menimbulkan keyakinan kebenaran (obyektif). Perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup, bersikap sopan terhadap pasien dan keluarganya ketika memberikan pendidikan kesehatan. Perawat juga harus membuat pasien merasa aman dan nyaman serta memberikan keyakinan kepada pasien dan keluarganya untuk mengikuti program pengobatan yang dijalankan.

c. Kepedulian (*emphaty*).

Kepedulian (*emphaty*) meliputi kemudahan dalam melakukan komunikasi dan memahami

kebutuhan konsumen. Kepedulian terwujud dalam sikap penuh perhatian kepada pasien, melayani dengan ramah dan menarik, memahami aspirasi pasien, dan berkomunikasi dengan baik dan benar. Perawat perlu menunjukkan sikap dan perilaku empati selama memberikan pendidikan kesehatan. Sikap empati diperlukan untuk membangun kepercayaan pasien terhadap informasi dari perawat. Rasa percaya yang dimiliki pasien dapat membantu pasien dalam proses penerimaan informasi dan memahami untuk dijadikan pedoman tindakan. Kepedulian perawat untuk melakukan pendidikan kesehatan juga dapat menimbulkan rasa puas terhadap pelayanan keperawatan. Hal ini karena pasien merasa mendapat perhatian dari orang yang dianggap memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya.

d. Bukti langsung (*tangibles*)

Bukti langsung (*tangibles*) meliputi fasilitas fisik, ketersediaan peralatan perawatan dan komunikasi, kebersihan ruangan, ruangan yang teratur rapi, penampilan kerja perawat yang rapi. Ketika perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien, perawat perlu berpakaian rapi dan simpatik, menggunakan media dan alat peraga yang tepat serta menyiapkan ruangan yang memberikan kenyamanan kepada pasien. Perawat juga perlu menggunakan media yang dapat dimiliki pasien untuk dibawa pulang, sehingga pasien dapat membaca kembali ketika mereka membutuhkan.

Aspek-aspek kepuasan pasien dapat diterapkan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Penerapan aspek ini akan mampu meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan, sehingga akan berdampak terhadap peningkatan kualitas

pelayanan keperawatan.

Pengukuran kepuasan pasien dapat menggunakan beberapa metode antara lain; *directly reported satisfaction, problem analysis, derived satisfaction dan importance-performance analysis* (Tjiptono & Gregorius, 2005).

a. *Directly reported satisfaction*

Pengukuran dengan metode ini dilakukan menggunakan item-item spesifik yang menanyakan langsung tingkat kepuasan yang dirasakan oleh pasien terhadap pelayanan yang telah diberikan (Soderlund, 2003 dalam Tjiptono & Gregorius, 2005). Setiap pertanyaan disediakan jawaban dengan rentang 1 sampai dengan 10, dimana, 1 adalah sangat tidak puas, dan 10 adalah sangat puas.

b. *Problem analysis*

Pada metode ini pasien diminta untuk mengungkapkan masalah yang mereka hadapi yang berhubungan dengan jasa yang mereka terima serta saran untuk perbaikan. Selanjutnya rumah sakit akan melakukan analisis terhadap isi dari keluhan dan saran untuk segera dilakukan tindak lanjut (Tjiptono & Gregorius, 2005).

c. *Derived satisfaction*

Metode ini sama dengan metode *servqual (service quality)* yang digunakan untuk mengukur kualitas jasa. Metode *servqual* didasarkan pada asumsi bahwa pasien membandingkan kinerja jasa pada atribut yang relevan dengan standar ideal dari masing-

masing atribut jasa. Bila kinerja sesuai atau melebihi standar, pasien akan memberikan persepsi yang positif/ merasa puas dan sebaliknya (Zeithmal, et al., 2002 dalam Tjiptono & Gregorius, 2005). Dengan demikian metode ini menganalisis kesenjangan antara dua variabel, yaitu jasa yang diharapkan dengan jasa yang dipersepsikan.

Pengukuran didasarkan pada skala multi-item yang dirancang untuk mengukur harapan dan persepsi pasien, serta kesenjangan antara keduanya dengan menggunakan 5 dimensi utama kualitas jasa (keandalan, daya tanggap, jaminan, empati dan bukti fisik). Kelima dimensi tersebut dijabarkan dalam pernyataan-pernyataan untuk variabel harapan dan persepsi pasien berdasar skala likert. Skor *servqual* untuk setiap pasang pernyataan, bagi masing-masing pasien dihitung berdasarkan rumus sebagai berikut (Zeithmal, et al., 1990 dalam Tjiptono & Gregorius, 2005 & Supriyanto, 2007):

Teknik pengukuran dapat menggunakan cara berikut (Tjiptono & Gregorius, 2005):

- *Item-by item analysis*, misalnya  $P1 - H1$ ,  $P2 - H2$ , dan seterusnya.
- *Dimension-by dimension analysis*, misalnya,  $\{(P1 + P2 + P3 + P4) / 4\} - \{(H1 + H2 + H3 + H4) / 4\}$ , dimana P1 sampai P4 dan H1 sampai H4 adalah pernyataan persepsi dan harapan pasien yang berkaitan dengan dimensi kualitas jasa.
- Perhitungan ukuran tunggal kualitas jasa atau kesenjangan *servqual*, yaitu  $\{(P1 + P2 + P3 + \dots + P22) / 22\} - \{(H1 + H2 + H3 + \dots + H22) / 22\}$

Kesimpulan analisis, bila nilai kenyataan (P) kurang dari harapan (H) atau  $P - H < 1$ , maka terdapat masalah kepuasan. Bila nilai  $P = H$  maka dikatakan pasien puas/ tidak ada keluhan. Sedangkan bila  $P - H > 1$ , maka pasien merasa sangat puas (Supriyanto, 2007).

d. *Importance-performance analysis.*

Martilla dan James (1977 dalam Tjiptono, 2005; Supranto, 2006 & Supriyanto, 2007), tingkat kepuasan pasien adalah hasil perbandingan skor kinerja (kenyataan) dengan skor harapan. Pengukuran kepuasan klien dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan dianalisa dengan menggunakan nilai skor dimensi "*Importance-Performance Analysis*" atau analisis tingkat harapan dan kenyataan yang dikembangkan dalam metode servqual.

Analisis dilakukan dengan menggunakan rumus:

$T_{ki}$  = tingkat kesesuaian pasien

$X_i$  = Skor penilaian kinerja rumah sakit

$Y_i$  = Skor penilaian kepentingan pelanggan

Penentuan posisi rumah sakit berdasar kepuasan pasien dengan menggunakan rumus:

$X$  = skor rata-rata tingkat kinerja rumah sakit

$Y$  = skor rata-rata tingkat kepentingan pelanggan

$n$  = jumlah responden

Hasil analisis dikonversikan menggunakan "*Importance-Performance Matrix*" seperti gambar 2.1. Sumbu mendatar adalah skor kinerja, sumbu tegak adalah skor kepentingan.

## Bagan 2.1

### Posisi rumah sakit berdasarkan tingkat kepuasan pasien

Keterangan gambar:

Area A menunjukkan pasien merasa tidak puas. Kinerja pelayanan diinginkan pasien tetapi pasien tidak memperolehnya. Rumah sakit perlu meningkatkan kinerja pelayanan untuk memenuhi harapan pasien.

Area B menunjukkan pasien merasa puas. Kinerja pelayanan rumah sakit diinginkan pasien dan pasien memperolehnya. Strategi yang harus dijalankan adalah mempertahankan kinerja pelayanan tersebut.

Area C menunjukkan kinerja pelayanan tidak diinginkan pasien dan rumah sakit tidak perlu menyediakan pelayanan tersebut. Strategi yang dilakukan adalah memikirkan untuk meniadakan pelayanan tersebut.

Area D menunjukkan kinerja pelayanan tidak diinginkan pasien, tetapi pasien memperolehnya. Rumah sakit harus mengetahui mengapa pasien tidak mengharapkan dan memberikan prioritas rendah pada pelayanan tersebut atau mempromosikan pentingnya pelayanan tersebut bagi pasien.

Metode *importance-performance analysis* lebih sering digunakan untuk menganalisis

kepuasan pasien. Metode ini dapat menggambarkan tentang posisi rumah sakit menurut pasien, serta dapat digunakan untuk menentukan strategi yang diperlukan untuk menentukan tindakan (Supriyanto, 2007). Metode yang akan digunakan untuk mengukur kepuasan pasien dalam penelitian ini adalah metode *importance-performance analysis*.

## **B. Perencanaan Pemulangan/ *Discharge Planning***

### **1. Pengertian Perencanaan Pemulangan**

*Discharge Planning*/ perencanaan pemulangan adalah proses perencanaan dan persiapan pemulangan pasien dari rumah sakit untuk melanjutkan perawatan di rumah atau unit perawatan komunitas (\_\_\_\_, 2004, Welcome to Addenbrooke's Part two : Planning your discharge from hospital, ¶ 1, <http://www.addenbrookes.org.uk>, diperoleh tanggal 1 Pebruari 2008). Menurut Taylor dan Le Mone (1989), perencanaan pemulangan adalah proses yang sistematis yang bertujuan menyiapkan pasien meninggalkan tempat pelayanan kesehatan dan melanjutkan perawatan.

Potter dan Perry (2004) menjelaskan bahwa perencanaan pemulangan adalah suatu proses yang terpusat, terkoordinasi, dan terdiri dari berbagai disiplin ilmu yang memberi kepastian bahwa pasien mempunyai suatu rencana untuk memperoleh perawatan yang berkelanjutan setelah meninggalkan rumah sakit. Dengan demikian program ini menjamin pasien untuk dapat melanjutkan program perawatan dan pengobatan di rumah atau unit pelayanan kesehatan di komunitas.

Berdasar beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa perencanaan pemulangan

adalah kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pemberi pelayanan di rumah sakit untuk pasien dan keluarganya serta petugas kesehatan yang berada di area komunitas, guna melanjutkan program perawatan, pengobatan dan rehabilitasi di rumah atau unit perawatan komunitas setelah pasien pulang. Program perencanaan pemulangan pada dasarnya adalah pemberian pendidikan kesehatan bagi pasien, untuk memberikan pengetahuan dan ketrampilan yang penting dalam memenuhi kebutuhan perawatan berkelanjutan yang akan dilakukan di rumah. Jika perencanaan pemulangan pasien dilakukan dengan baik, maka kepulangan pasien ke rumah tidak akan mengalami hambatan dan pasien akan mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik atau mampu mempertahankan kondisi kesehatan seperti sebelum sakit.

## **2. Prinsip Perencanaan Pemulangan**

Kunci kesuksesan perencanaan pemulangan adalah pertukaran informasi antara klien dan pemberi pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab terhadap perawatan klien setelah keluar dari rumah sakit. Koordinasi aspek-aspek yang terkait dengan pemulangan pasien secara umum tetap menjadi tanggung jawab perawat.

Berbagai jenis maupun strategi dalam penerapan perencanaan pemulangan pasien telah dikembangkan di beberapa rumah sakit dan disesuaikan dengan situasi dan struktur organisasi masing-masing. Akan tetapi prinsip perencanaan pemulangan harus tetap diperhatikan oleh rumah sakit. Prinsip tersebut adalah adanya koordinasi, interdisiplin, pengenalan secara dini, perencanaan, dan melibatkan pasien, keluarga serta orang lain dalam memberikan perawatan (\_\_\_, 2004, Welcome to Addenbrooke's Part two :

Planning your discharge from hospital, ¶ 1, <http://www.addenbrookes.org.uk>, diperoleh tanggal 1 Pebruari 2008). Penerapan prinsip tersebut merupakan hal yang pokok, karena program ini harus melibatkan banyak disiplin ilmu dan pasien secara keseluruhan untuk menunjang tercapainya status kesehatan pasien yang semakin baik.

Program perencanaan pemulangan dilakukan pada semua pasien yang dilakukan perawatan. Akan tetapi ada beberapa pasien yang paling membutuhkan program tersebut, yaitu pasien yang berusia di atas 70 tahun, multiple diagnosis dan resiko kematian yang tinggi, keterbatasan mobilitas fisik, keterbatasan kemampuan merawat diri, penurunan status kognisi, risiko terjadinya cedera, tuna wisma, fakir miskin, penyakit kronis, antisipasi perawatan jangka panjang (misalnya DM dan TBC paru), gangguan penyalahgunaan zat/obat, riwayat sering menggunakan fasilitas emergensi (misalnya asma dan alergi). Perencanaan pemulangan pasien juga diindikasikan pada pasien yang akan ditempatkan pada perawatan di rumah (*nursing home*) atau tempat perawatan lanjutan. (New York State Departemet of Health, 2005, Discharge planning safety consideration, [dcpwg@health.state.ny.us](mailto:dcpwg@health.state.ny.us), diperoleh tanggal 5 Desember 2006). Dengan demikian setiap pasien yang dirawat di rumah sakit perlu mendapatkan program ini untuk melanjutkan program pengobatan dan rehabilitasi setelah sakit.

### **3. Mekanisme Perencanaan Pemulangan**

Potter dan Perry (2004), mekanisme perencanaan pemulangan pasien meliputi tiga tahap, yaitu perencanaan/ pengkajian, persiapan sebelum pasien pulang/ tindakan pemberian pendidikan kesehatan dan pada hari pasien pulang.

a. Perencanaan/ Pengkajian.

Perencanaan pasien pulang dimulai saat pasien diterima oleh perawat di rumah sakit. Perawat melakukan pengkajian meliputi; kemampuan fungsional pasien dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari, kondisi kognitif dan mental pasien, hal-hal yang harus dihindari dan komplikasi yang mungkin terjadi, serta faktor lingkungan rumah yang dapat mengganggu perawatan diri (New York State Departemet of Health, 2005, Suggested model for Discharge Planning, [dcpwg@health.state.ny.us](mailto:dcpwg@health.state.ny.us), diperoleh tanggal 5 Januari 2008).

Perawat juga perlu melakukan kolaborasi dengan dokter dan disiplin lain. Kolaborasi ini diperlukan untuk mengkaji perlunya rujukan untuk mendapatkan perawatan di rumah atau pelayanan kesehatan lainnya, serta kebutuhan pasien yang lain saat pulang. Pengkajian keperawatan yang akan dilakukan dalam penelitian ini meliputi pengkajian terhadap kemampuan fungsional pasien dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari, kebutuhan pelayanan kesehatan lanjutan serta beberapa hal yang harus dihindari dan komplikasi yang mungkin terjadi.

Setelah melakukan pengkajian, perawat menentukan diagnosa keperawatan dan tujuan perencanaan pulang antara lain; 1) klien akan memahami masalah kesehatan dan implikasiya, 2) pasien mampu memenuhi kebutuhannya, 3) lingkungan rumah aman, dan tersedianya sumber perawatan kesehatan di rumah.

b. Persiapan Sebelum Pulang/ Pemberian Pendidikan Kesehatan

Persiapan pasien pulang adalah melakukan intervensi yang berupa pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarganya. Tanggung jawab perawat dalam pendidikan kesehatan adalah memberikan informasi yang diperlukan pasien, mengklarifikasi informasi dari dokter dan mungkin menjadi sumber utama dalam mengatasi masalah kesehatan.

Kruger (1991 dalam Potter & Perry, 2004) ada tiga area yang merupakan tanggung jawab perawat dalam pendidikan pasien, yaitu:

1) Persiapan pasien untuk menerima perawatan.

Kegiatan ini bertujuan agar pasien mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru sehingga mengurangi kecemasan. Pasien diorientasikan tentang lingkungan barunya, tindakan perawatan, pengobatan dan tenaga yang akan berhubungan dengan pasien.

2) Persiapan pasien pulang dari perawatan di rumah sakit.

Perawat perlu menjelaskan tentang persiapan pasien pulang, yang meliputi: a) tanda dan gejala komplikasi, b) informasi tentang obat yang diberikan, c) diet, d) latihan, e) penggunaan peralatan medis yang diperlukan, f) hal-hal yang harus dihindari sesuai dengan penyakit yang diderita atau operasi yang dijalani, pengaturan rumah untuk perawatan, serta sumber pelayanan kesehatan di masyarakat yang dapat dipergunakan pasien (Potter & Perry, 2004).

Stanhope (2004) dan Carpenito (2000) pendidikan kesehatan yang diperlukan untuk pasien yang akan pulang meliputi: a) Nutrisi/ diet, yaitu penjelasan tentang nutrisi yang harus dikonsumsi dan pantangan nutrisi yang harus dipatuhi oleh pasien, b) Obat-obatan, yaitu penjelasan tentang dosis obat, waktu pemberian, efek samping dan kewaspadaan khusus yang harus ditepati oleh pasien, c) Aktivitas/ latihan, meliputi penjelasan tentang aktivitas sehari-hari yang harus dan tidak boleh dijalankan, pembatasan aktivitas, serta penggunaan alat bantu aktivitas, d) Instruksi khusus, meliputi tanda dan gejala yang perlu dirujuk ke petugas kesehatan, tempat rujukan dan tindakan darurat yang perlu, serta manajemen stress.

Rosemarie A. Cucuzzo (1996), pendidikan kesehatan untuk perencanaan pasien pulang difokuskan pada enam area yang dikenal dengan istilah "METHOD" yaitu: a) *Medication*. Pendidikan kesehatan ini meliputi nama obat, dosis dan waktu pemberian, tujuan penggunaan obat, efek obat, serta gejala efek samping obat dan hal-hal yang perlu dilaporkan, b) *Environment*, adalah ketrampilan penting yang diperlukan untuk pencegahan bahaya di lingkungan rumah serta pemberian support emosional, c) *Treatment*, adalah tujuan dan cara pengobatan di rumah, d) *Health teaching*, adalah pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan kondisi pasien sesuai dengan penyakit, e) *Outpatient Referral*, adalah pengetahuan tentang kapan, dimana dan siapa yang dapat dihubungi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan pengobatan, f) *Diet*, adalah pengetahuan tentang tujuan pemberian diet dan mengenal jenis makanan yang sesuai. (Slevin, A.P., (2006), A model for discharge planning in nursing

education, [http://www.leaonline.com/doi/pdf/10.1207/s15327655\\_jchn0301\\_5](http://www.leaonline.com/doi/pdf/10.1207/s15327655_jchn0301_5), diperoleh tanggal 4 Januari 2008).

Pendidikan kesehatan yang akan diberikan kepada pasien yang akan pulang dalam penelitian ini meliputi pendidikan kesehatan tentang nutrisi, obat-obatan, aktivitas dan instruksi khusus yang berhubungan dengan pengenalan tanda dan gejala komplikasi serta pertolongan darurat dan tempat rujukan yang diperlukan. Materi pendidikan ini merupakan hal penting yang harus diketahui oleh pasien dan keluarganya untuk melanjutkan program pengobatan dan rehabilitasi.

3) Pencatatan aktifitas pendidikan kesehatan pasien

Setelah melakukan pendidikan kesehatan perawat perlu mencatat kegiatan yang dilakukan dalam dokumen pasien. Pencatatan meliputi semua kegiatan perawat dalam melakukan pendidikan kesehatan, yaitu materi, tujuan, sasaran, waktu pelaksanaan, media yang digunakan serta evaluasi terhadap hasil yang dicapai. Pencatatan ini diperlukan sebagai bukti fisik atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan sumber informasi bagi perawat lain.

c. Pada hari pasien pulang/ pemulangan pasien

Pada hari pasien akan pulang, tindakan yang harus dilakukan perawat adalah:

- 1) Memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya tentang perawatan di rumah. Perawat menanyakan kembali tentang informasi yang telah diberikan dan menunjukkan kesediaannya untuk menjawab pertanyaan pasien dan keluarganya.
- 2) Memeriksa program terapi pulang dari dokter, memberikan resep dan menjelaskan

perubahan tindakan pengobatan atau alat khusus yang diperlukan. Perawat perlu memeriksa catatan dokter dalam dokumen perawatan pasien dan mencocokkan dengan resep. Perawat juga perlu menjelaskan kembali program pengobatan yang harus dilanjutkan oleh pasien atau perubahan lainnya.

- 3) Menjelaskan transportasi yang diperlukan untuk pulang. Perawat harus menjelaskan tentang jenis transportasi yang dapat dipergunakan pasien untuk pulang. Hal ini berkaitan dengan kondisi pasien, agar tidak mengganggu program perawatannya.
- 4) Menghubungi bagian keuangan untuk memastikan tak ada lagi tagihan yang belum dibayar, sehingga tidak menimbulkan masalah bagi perawat dan pasien.
- 5) Membantu pasien berkemas dan pulang. Perawat perlu membantu pasien berpakaian dan mempersiapkan barang-barang pribadinya untuk di bawa pulang. Seluruh ruangan juga perlu diperiksa untuk memastikan tidak ada barang-barang pasien yang tertinggal. Selanjutnya perawat membantu pasien pindah ke kursi roda atau *brancar* menuju ke mobil yang digunakan pasien untuk pulang.
- 6) Mendokumentasikan waktu pulang pada ringkasan pasien pulang. Perawat harus mencatat semua kegiatan ketika pulang yang meliputi, tanggal, jam, alat transportasi yang digunakan dan kondisi pasien saat pulang.

## **C. Pendidikan Kesehatan**

### **1. Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Wood (1926 dalam Azwar, 2003) berpendapat bahwa pendidikan kesehatan adalah pemberian sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap

kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat, dan bangsa. Steward (1968 dalam Azwar, 2003) mendefinisikan pendidikan kesehatan adalah unsur program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk mengubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Dengan demikian pendidikan kesehatan merupakan pemberian pengalaman yang berupa pengetahuan tentang kesehatan kepada pasien yang bertujuan untuk mengubah sikap dan perilaku yang dapat meningkatkan status kesehatan.

Menurut *A Joint Committee on Terminologi in Health Education of United States* (1973 dalam Machfoedz, 2005), pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang mencakup dimensi dan kegiatan intelektual, psikologi dan sosial yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan manusia dalam mengambil keputusan secara sadar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga, dan masyarakat. Pengertian tersebut menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan melibatkan proses intelektual seperti proses pembelajaran pada umumnya.

Berdasar pengertian diatas, pendidikan kesehatan merupakan pemberian pengalaman yang berupa informasi tentang kesehatan yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan individu dan masyarakat untuk hidup sehat. Sedangkan pendidikan kesehatan untuk pasien di rumah sakit adalah pemberian pengalaman kepada pasien dan keluarganya yang berupa

pemberian informasi tentang kesehatan yang diperlukan untuk melanjutkan program pengobatan dan rehabilitasi yang dilakukan di rumah, sehingga dapat mengembalikan dan meningkatkan status kesehatan mereka.

## **2. Tujuan Pendidikan Kesehatan**

WHO (1988) menjelaskan pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah perilaku individu atau masyarakat dari perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Perilaku yang tidak sehat merupakan salah satu penyebab dari masalah kesehatan, dan pendidikan kesehatan diharapkan mampu mengubah perilaku individu dan masyarakat sehingga mampu mencapai kondisi sehat. Bloom (1980, dalam Notoadmodjo, S., 2003), menjelaskan perilaku manusia terdiri dari 3 domain yang meliputi kognitif, afektif dan psikomotor. Terbentuknya perilaku manusia pada dasarnya diawali pada domain kognitif (perubahan pengetahuan), kemudian diikuti dengan respon batin dalam bentuk sikap dan menimbulkan respon yang lebih jauh berupa tindakan.

Rankin dan Duffy (1983, dalam Stanhope, 2004), menjelaskan bahwa program pendidikan kesehatan pasien bertujuan untuk mengurangi risiko yang mengganggu kesehatan. Adapun tujuan khususnya meliputi:

### **a. Memberikan pengetahuan bagi pasien.**

Pasien perlu mengetahui tentang kondisi penyakit, semua yang berhubungan dengan penyakit yang dideritanya serta ketrampilan yang diperlukan untuk perawatan secara mandiri. Pemberian pendidikan kesehatan akan menyebabkan pasien mengenal dan

mengambil tindakan yang tepat yang berhubungan dengan penyakitnya.

b. Mengurangi emosi pasien.

Kurang pengetahuan terhadap penyakit yang dideritanya seringkali menyebabkan pasien menjadi cemas, gelisah, takut dan merasa tidak berdaya. Pendidikan kesehatan tentang kondisi penyakitnya diharapkan mampu mengurangi atau menghilangkan perasaan cemas, karena jaminan kepastian yang mereka miliki.

c. Memberikan kepuasan pasien terhadap perawatan.

Pengetahuan yang dimiliki pasien setelah pemberian pendidikan kesehatan merupakan pedoman bagi pasien untuk berperilaku. Pasien akan merasa puas jika mereka telah mengenal dan memiliki pedoman perilaku untuk melakukan perawatan mandiri dan berkelanjutan guna mencapai peningkatan status kesehatan.

d. Meningkatkan kepercayaan pasien untuk menolong dirinya sendiri.

Pendidikan kesehatan akan mengubah pengetahuan dan kemampuan pasien yang berhubungan dengan penyakitnya. Pengetahuan dan kemampuan yang telah dimiliki menyebabkan pasien merasa lebih percaya bahwa dirinya mampu menolong dirinya sendiri sebatas kewenangannya. Rasa percaya diri dapat pula membantu pasien dalam menjalankan program pengobatan, perawatan, dan rehabilitasi.

e. Memenuhi rencana pengobatan pasien

Perubahan pengetahuan pasien setelah mendapatkan informasi tentang rencana pengobatan dan perawatan, dapat menyebabkan pasien lebih mudah untuk diajak kerjasama dalam program pengobatan. Hal ini karena pasien telah mengetahui tujuan dan manfaat program pengobatan yang memberikan keuntungan bagi mereka.

- f. Meningkatkan pengetahuan tentang gejala dini komplikasi dan pertolongan darurat.

Pendidikan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pasien dan keluarganya dalam mengenal gejala dan tanda komplikasi dari penyakit yang diderita. Mereka juga diharapkan lebih mengenal tindakan darurat yang diperlukan sehingga dapat mencegah terjadinya kecacatan dan kematian dini.

- g. Menghentikan perilaku yang tidak sehat

Sebelum sakit seringkali pasien memiliki perilaku yang tidak sehat seperti, merokok, mengkonsumsi nutrisi yang tidak seimbang, atau kurang aktifitas. Setelah diberikan pendidikan kesehatan, perilaku tersebut diharapkan dapat dihentikan. Pendidikan kesehatan yang diperlukan adalah tentang efek yang merugikan dari perilaku yang tidak sehat, serta manfaat yang diperoleh dari perilaku sehat. Pada kondisi pasien dirawat di rumah sakit biasanya perilaku ini lebih mudah untuk diubah, karena pasien telah merasakan dampak dari perilaku yang tidak sehat tersebut.

Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang merupakan pendidikan kesehatan yang dilaksanakan pada tingkat pembatasan kecacatan dan rehabilitasi. Pendidikan ini bertujuan untuk melanjutkan program pengobatan yang dilakukan di rumah (Informasi sistem/ E-Learning management information system and other materials, ¶ 1, [Http:// informasi-sistem.blogspot.com/2007/06/prinsip-pendidikan-kesehatan.html](http://informasi-sistem.blogspot.com/2007/06/prinsip-pendidikan-kesehatan.html), diperoleh tanggal 28 Desember 2007). Menurut Potter dan Perry (2004), pendidikan kesehatan yang dijalankan pada program *discharge planning* bertujuan untuk melanjutkan program pengobatan dan rehabilitasi setelah pasien pulang yang akan dilakukan di rumah maupun di unit perawatan

komunitas. Dengan demikian pasien diharapkan dapat berfungsi kembali di keluarga dan masyarakat seperti sebelum sakit.

### 3. Model Pendidikan Kesehatan

Model pendidikan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktek pemberian pendidikan pasien di rumah sakit adalah model *precede/ proceed*. *Precede* adalah singkatan dari *predisposing reinforcing and enabling causes in education all diagnosis and evaluation*. Model ini menjelaskan bahwa banyak faktor yang berpengaruh terhadap perilaku sehat dan kesehatan. Faktor yang berpengaruh terhadap perilaku sehat adalah faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*) dan faktor pendorong (*reinforcing factors*). Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan nilai. Faktor pendukung meliputi ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan, pemerintah (prioritas, hukum, dan komitmen kesehatan), serta praktek kesehatan. Faktor pendorong terdiri dari keluarga, kelompok, guru, tokoh masyarakat, petugas kesehatan dan pengambil keputusan (Green, & Kreuter, 2000). Pendidikan kesehatan merupakan salah satu bentuk intervensi yang bertujuan untuk merubah perilaku. Kegiatan ini bersifat *multi deferensial*, artinya kegiatan ini harus diarahkan kepada ketiga faktor pokok yang mempengaruhi perilaku tersebut (Green, et al., 1980).

Menurut Green dan Kreuter, (2000) model ini menggunakan pendekatan *problem solving* yang meliputi 9 fase, yaitu 1) diagnosis sosial kualitas hidup yang diinginkan, 2) diagnosis epidemiologi/ masalah kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup yang

diinginkan, 3) diagnosis perilaku dan lingkungan dari masalah kesehatan, 4) diagnosis pendidikan dan organisasi, meliputi faktor predisposisi, pendukung dan pendorong, 5) diagnosis administratif dan kebijakan, meliputi analisis kebijakan, sumber daya dan peraturan yang berlaku yang memfasilitasi atau menghambat pengembangan pendidikan kesehatan, 6) melaksanakan program pendidikan kesehatan, 7) mengevaluasi, 8) mengevaluasi dampak, dan 9) mengevaluasi hasil. Fase pemberian pendidikan menurut model ini digambarkan dalam bagan 2.1.

Bagan 2.2

Model Pendidikan Kesehatan (Green & Kreuter, 2000)

#### **4. Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Pendidikan Kesehatan**

Menurut Potter dan Perry (2004); Sulih, dkk. (2002) dan Notoadmodjo (2003) proses pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari perawat dan pasien. Faktor yang berasal dari perawat adalah: sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu.

- a. Sikap perawat yang mendukung pelaksanaan pendidikan kesehatan akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada pasien. Informasi yang disampaikan perawat lebih jelas dan dapat dimengerti oleh pasien.
- b. Emosi. Pengendalian emosi yang dimiliki perawat merupakan faktor yang

mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan. Pengendalian emosi yang baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima pasien.

- c. Pengetahuan adalah kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien. Pasien akan semakin banyak menerima informasi dan informasi tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien.
- d. Pengalaman masa lalu perawat berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi dan informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat juga lebih dapat membaca situasi pasien berdasar pengalaman yang mereka miliki.

Faktor yang berasal dari pasien yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan adalah: motivasi, kemampuan dalam belajar, sikap, rasa cemas/ emosi, kesehatan fisik, pendidikan, tahap perkembangan dan pengetahuan sebelumnya (Potter & Perry, 2004; Sulih, dkk., 2002 & Machfoedz, dkk., 2005).

- a. Motivasi adalah faktor bathin yang menimbulkan, mendasari dan mengarahkan pasien untuk belajar. Bila motivasi tinggi pasien akan giat untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya dan tindakan yang perlu dilakukan untuk melanjutkan pengobatan dan meningkatkan kesehatannya.
- b. Kemampuan dalam belajar yang baik akan memudahkan pasien untuk menerima dan

memproses informasi yang ketika dilakukan pendidikan kesehatan. Kemampuan seringkali berhubungan dengan tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin besar tingkat pendidikan seseorang umumnya kemampuan belajarnya juga semakin tinggi.

- c. Sikap positif pasien terhadap diagnosa penyakit dan perawatan akan memudahkan pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.
- d. Emosi yang stabil memudahkan pasien menerima informasi, sedangkan perasaan cemas akan mengurangi kemampuan untuk menerima informasi.
- e. Kesehatan fisik pasien yang kurang baik akan menyebabkan penerimaan informasi terganggu.
- f. Tahap perkembangan berhubungan dengan usia. Semakin dewasa usia kemampuan menerima informasi semakin baik dan didukung pula pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.

Faktor-faktor yang berasal dari perawat dan pasien yang berpengaruh terhadap pelaksanaan pendidikan kesehatan, perlu mendapat perhatian ketika melaksanakan kegiatan ini. Faktor pendukung menyebabkan pelaksanaan pendidikan kesehatan menjadi efektif dan pasien dapat melanjutkan program pengobatan dengan baik.

## **BAB III**

### **KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Pada bab ini akan diuraikan dan digambarkan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang akan digunakan dalam penelitian.

## A. Kerangka Teori

Persaingan yang semakin tajam diantara rumah sakit pada saat sekarang, mengakibatkan kepuasan pasien menjadi prioritas utama dalam menentukan tindakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Dalam hal ini, tingkat kepentingan dan harapan pasien haruslah menjadi prioritas utama dalam memberikan pelayanan. Rumah sakit perlu memperhatikan hal-hal yang dianggap penting oleh pasien agar mereka merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan.

Menurut *The Picker/ Commonwealth Program for Patient-Centered Care* (1987 dalam Potter & Perry, 2004), faktor yang perlu mendapatkan perhatian rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan yang dapat meningkatkan kepuasan pasien adalah 1) penghormatan terhadap nilai, kesukaan dan kebutuhan pasien, 2) koordinasi dan integrasi perawatan, 3) komunikasi efektif dan pendidikan kesehatan yang diperlukan pasien, 4) kenyamanan fisik, 5) dukungan emosional dan pengurangan rasa takut/ cemas, 6) keterlibatan keluarga dan teman, dan 7) kesinambungan pengobatan. Pendidikan kesehatan pasien sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien dilakukan secara terintegrasi dengan pelaksanaan *discharge planning*. *Discharge planning* pada intinya adalah pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya sebagai persiapan pulang dari rumah sakit.

Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan pemberian informasi tentang beberapa hal yang

berhubungan dengan kesehatan pasien. Menurut Stanhope (2004); Carpenito (2000); Potter & Perry (2004) informasi yang perlu disampaikan dalam memberikan pendidikan kesehatan untuk pasien yang akan pulang meliputi diet/ nutrisi yang harus dipatuhi pasien, penjelasan penggunaan obat-obatan, lingkungan/ aktifitas yang harus dilakukan dan dihindari pasien, serta instruksi khusus yang berhubungan dengan pengenalan tanda/gejala penyakit dan rujukan yang diperlukan.

Pendidikan kesehatan pasien di rumah sakit dipengaruhi oleh faktor dari perawat sebagai pemberi informasi dan pasien sebagai penerima. Faktor yang berasal dari perawat yang berpengaruh terhadap pendidikan kesehatan adalah sikap, nilai yang dimiliki, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu. Faktor yang berasal dari pasien adalah: motivasi, kemampuan dalam belajar, sikap, rasa cemas/ emosi, kesehatan fisik, pendidikan, tahap perkembangan dan pengetahuan sebelumnya (Potter & Perry, 2004). Faktor-faktor ini akan memberikan dampak terhadap seberapa besar pasien mampu menerima informasi/ pengetahuan untuk membangkitkan perubahan sikap dan perilaku.

Tujuan pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarganya adalah: 1) memberikan pengetahuan bagi pasien yang berhubungan dengan penyakitnya, 2) mengurangi emosi pasien, 3) memberikan kepuasan pasien terhadap perawatan, 4) meningkatkan kepercayaan pasien untuk menolong dirinya sendiri, 5) memenuhi rencana pengobatan pasien, 6) meningkatkan pengetahuan tentang gejala dini komplikasi dan pertolongan darurat, dan 7) menghentikan perilaku yang tidak sehat (Rankin & Duffy, 1983 dalam Stanhope, 2000).

Kepuasan pasien sebagai salah satu tujuan pendidikan kesehatan merupakan bentuk sikap dari hasil reaksi afeksi yang bersifat subjektif terhadap obyek yang menghasilkan penilaian dan bersumber dari pengalaman pasien. Kepuasan pasien menurut Parasuraman, et al. (1990) dapat diukur dengan 5 aspek yaitu keandalan (*reliability*), jaminan (*assurance*), ketanggapan (*responsiveness*), kepedulian (*emphaty*), dan bukti langsung (*tangibles*).

Terbentuknya perasaan puas pasien dipengaruhi oleh karakteristik responden yaitu pendidikan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, status perkawinan, pendapatan, sumber & biaya, budaya, tempat tinggal, diagnosa penyakit, lama perawatan, kelas perawatan dan alasan memilih rumah sakit (Utama, 2003 & Gunarsa, 1995). Perasaan puas yang dimiliki pasien merupakan faktor kekuatan yang mendorong pasien untuk melanjutkan program pengobatan dan rehabilitasi di rumah atau di unit perawatan komunitas. Kesenambungan program pengobatan dan rehabilitasi bertujuan untuk mengembalikan pasien ke fungsi sosialnya seperti sebelum sakit serta meningkatkan status kesehatannya (Potter & Perry, 2004).

Kesimpulan teori yang mendasari penelitian pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan, seperti dalam bagan 3.1.

## Bagan 3.1

### Kerangka Teori Hubungan Pendidikan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien

#### **B. Kerangka Konsep**

Berdasarkan kerangka teori yang telah diuraikan, maka variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan yaitu intervensi yang diberikan perawat pada pasien yang akan pulang. Variabel ini memberikan pengaruh terhadap peningkatan kepuasan pasien sebagai variabel dependen. Aspek kepuasan pasien yang akan diukur meliputi keandalan, ketanggapan, jaminan, kepedulian, dan bukti langsung. Variabel dependen/ kepuasan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari individu, yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, jarak rumah pasien dengan rumah sakit, diagnosa penyakit, lama dan kelas perawatan. Kerangka konsep penelitian pada bagan 3.2.

#### **C. Hipotesis**

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok yang mendapatkan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang lebih tinggi dari pada yang tidak mendapat pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang.
2. Terdapat pengaruh karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, jarak dengan rumah sakit, diagnosa penyakit, lama dan kelas perawatan) dan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien.

## D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Dependen</b>				
1. Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan	Persepsi pasien sebagai hasil membandingkan harapan dengan kenyataan terhadap pelayanan keperawatan yaitu pendidikan kesehatan tentang nutrisi, aktifitas/ latihan, tanda/ gejala bahaya dan obat-obatan.	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 48 item pernyataan tentang harapan dan kenyataan pelayanan keperawatan meliputi aspek keandalan, ketanggapan, jaminan, kepedulian dan bukti langsung.	Skore dari item pernyataan harapan dan kenyataan terhadap pelayanan keperawatan sebesar masing-masing 48 - 480.	Interval
a. Keandalan ( <i>reliability</i> )				
	Persepsi pasien sebagai hasil membandingkan harapan dengan kenyataan tentang kemampuan perawat dalam menyediakan pelayanan dan pendidikan kesehatan dengan segera, jujur, aman, dan akurat	Kuesioner yang terdiri dari 9 item pernyataan harapan dan kenyataan tentang ketersediaan, dan ketepatan waktu pemberian pendidikan kesehatan.	Skore dari item pernyataan harapan dan kenyataan terhadap pelayanan keperawatan masing - masing sebesar 9 -90	Interval
b. Ketanggapan ( <i>responsiveness</i> )	Persepsi pasien sebagai hasil membandingkan harapan dengan kenyataan tentang keinginan perawat untuk merespon dan melayani kebutuhan pasien dengan segera dan cepat	Kuesioner yang terdiri dari 8 item pernyataan harapan dan kenyataan tentang kesiapan dan kesegeraan perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan	Skore dari item pernyataan harapan dan kenyataan terhadap pelayanan keperawatan masing - masing sebesar 8 -80	
<b>Variabel</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Cara Pengukuran</b>	<b>Hasil Ukur</b>	<b>Skala Ukur</b>

c. Jaminan ( <i>assurance</i> )	Persepsi pasien sebagai hasil membandingkan harapan dengan kenyataan tentang pemberian pelayanan perawatan yang dilandasi pengetahuan dan percaya diri sehingga pasien merasa aman dan bebas dari ragu-ragu.	Kuesioner yang terdiri dari 11 item pernyataan harapan dan kenyataan tentang kemampuan perawat dalam meyakinkan pasien selama memberikan pelayanan keperawatan/ pendidikan kesehatan.	Skore dari item pernyataan harapan dan kenyataan terhadap pelayanan keperawatan masing- masing sebesar 11 -110.	Interval
d. Kepedulian ( <i>emphaty</i> )	Persepsi pasien sebagai hasil membandingkan harapan dengan kenyataan tentang sikap perawat yang ramah, penuh perhatian, menarik dan memahami pasien.	Kuesioner yang terdiri dari 11 item pernyataan harapan dan kenyataan tentang sikap perawat yang ramah, penuh perhatian, menarik dan memahami pasien selama memberikan pelayanan keperawatan/ pendidikan kesehatan.	Skore dari item pernyataan harapan dan kenyataan terhadap pelayanan keperawatan masing- masing sebesar 11 - 110.	Interval
e. Bukti langsung ( <i>tangibles</i> )	Persepsi pasien sebagai hasil membandingkan harapan dengan kenyataan tentang penampilan perawat yang bersih dan rapi, ketersediaan alat dan kebersihan lingkungan.	Kuesioner yang terdiri dari 9 item pernyataan harapan dan kenyataan tentang penampilan perawat yang bersih dan rapi, ketersediaan alat dan kebersihan lingkungan selama memberikan pelayanan keperawatan/ pendidikan kesehatan.	Skore dari item pernyataan harapan dan kenyataan terhadap pelayanan keperawatan masing-masing sebesar 9 - 90.	Interval

<b>Perancu/ Counfoundin g</b>				
2. Karakteristik responden				
a. Umur	Umur pasien dalam tahun berdasarkan tanggal lahir atau pernyataan pasien.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia pasien.	Usia dalam tahun	Interval
b. Jenis kelamin	Data demografi tentang jenis kelamin pasien	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin.	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
c. Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh pasien.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan pasien	1. Dasar (SD, SMP) 2. Menengah (SMU) 3. Tinggi (PT)	Ordinal
<b>Variabel</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Cara Pengukuran</b>	<b>Hasil Ukur</b>	<b>Skala Ukur</b>
d. Jarak rumah pasien dengan rumah sakit	Jarak rumah pasien dengan rumah sakit tempat dirawat	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jarak rumah pasien dengan rumah sakit	Jarak rumah pasien dengan rumah sakit dalam kilometer	Rasio
e. Diagnosa penyakit	Jenis penyakit berdasar tanda dan gejala yang disimpulkan oleh dokter	Item pertanyaan berdasar dokumen medis pasien tentang diagnoa penyakit	1. TBC 2. Hipertensi 3. Serangan jantung/ PIK 4. Hepatitis 5. Gastritis 6. Diabetes Mellitus	Nominal
f. Lama perawatan	Jumlah hari pasien dirawat di rumah sakit	Item pertanyaan berdasarkan dokumen medis pasien tentang lama perawatan	Lama perawatan pasien dalam hari	Interval
g. Kelas perawatan	Tingkat/ kelas perawatan berdasarkan biaya yang harus dibayarkan pasien kepada rumah sakit	Item pertanyaan berdasarkan dokumen medis pasien tentang kelas perawatan	Kelas perawatan: 0. VIP 1. I 2. II 3. III	Ordinal

<b>Independen</b>  3. Pendidikan Kesehatan persiapan pasien pulang	Pemberian informasi kesehatan untuk melanjutkan pengobatan dan rehabilitasi di rumah meliputi: nutrisi, aktifitas/latihan, tanda dan gejala bahaya dan obat-obatan.	Menilai dilakukan atau tidaknya pendidikan kesehatan untuk pasien.	1. Kelompok intervensi diberi pendidikan kesehatan oleh perawat dengan standar kemampuan pengetahuan 80%  2. Kelompok kontrol tidak diberi pendidikan kesehatan/ dirawat sebagaimana kebiasaan di rumah sakit	Nominal
--	---	--	---	---------

## BAB IV METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metode penelitian yang akan digunakan dalam penelitian. Pembahasan terdiri dari teori dan rencana pelaksanaan penelitian yang meliputi: rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

### A. Rancangan Penelitian

Desain/ rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab

pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Burn & Grove, 1991 & Notoatmojo, 2005).

Penelitian ini menggunakan *posttest only with control group design* atau *static group comparison*, yaitu pengambilan data satu kali untuk dua kelompok, setelah kelompok intervensi diintervensi dan kelompok yang lain tidak diintervensi (Creswell, 1994; Brockopp & Tolsma, 2000; Notoatmojo, 2005). Pengambilan data secara non random, yaitu peneliti memilih kelompok kontrol yang memiliki karakteristik/ variabel perancu yang sebanding dengan kelompok intervensi. Hasil pengukuran kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok yang tidak menerima intervensi (Murti, 2003).

Peneliti melakukan intervensi pendidikan kesehatan pada beberapa pasien di ruang rawat inap RSD Kabupaten Madiun yang disebut kelompok intervensi dan kelompok yang tidak dilakukan intervensi sebagai kelompok kontrol. Selanjutnya peneliti mengukur kepuasan pasien pada kelompok intervensi dan kontrol setelah pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter. Bentuk rancangan penelitian sebagai berikut:

Tabel 4.1

- Rancangan Penelitian -

Kelompok	Perlakuan	Post test
Intervensi	X	O1
Kontrol	-	O2

Keterangan:

O1 : Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi

setelah kelompok intervensi dilakukan pendidikan kesehatan.

O2 : Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok kontrol.

X : Pemberian pendidikan kesehatan persiapan pulang kepada pasien.

## **B. Populasi dan Sampel**

### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian yang akan diteliti (Arikunto, 2006 & Notoatmodjo, 2005). Menurut Sastroasmoro dan Ismael, (2002), populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang dirawat di ruang rawat inap RSD Kabupaten Madiun.

### **2. Sampel**

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dipilih dengan cara tertentu yang dianggap mewakili populasi (Notoatmodjo, 2005; Sastroasmoro & Ismael, 2002). Besar sampel ditentukan berdasarkan rumus perkiraan besar sampel sebagai berikut (Lemeshow, et al., 1990 dan Sastroasmoro & Ismael, 2002):

Keterangan:

n : besar sampel

Z<sub>1- $\alpha$</sub>  : harga kurva normal tingkat kesalahan dalam penelitian ( $\alpha = 5\% = 1,65$ ).

P<sub>1</sub> : proporsi efek standar : 86,77% (Suryawati, 2006)

$P_2$  : proporsi efek yang diteliti (  $86,77\% - 25\% = 61,77\%$  )

$Z_{1-\beta}$  : harga kurva normal kekuatan uji (power) : 80%

$P$  :  $\frac{1}{2} (P_1 + P_2)$

Berdasar rumus tersebut, besar sampel adalah 40 pasien. Dengan sampel minimal 1:1, maka besar sampel untuk masing-masing kelompok intervensi dan kontrol adalah 40 pasien. Sehingga sampel keseluruhan sebesar 80 pasien.

### 3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Djarwanto, 2001). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang didasarkan pada tujuan tertentu dalam penelitian. Syarat pengambilan sampel dengan teknik ini adalah 1) berdasar karakteristik yang merupakan karakteristik populasi, 2) subyek yang diambil adalah karakteristik terbanyak dari populasi, 3) diawali studi pendahuluan (Arikunto, 2006 & Murti, 2003).

Sampel dalam penelitian diambil sesuai dengan kriteria inklusi baik untuk kelompok kontrol maupun intervensi. Kriteria inklusi kelompok intervensi dalam penelitian ini adalah: a) pasien berusia dewasa ( $> 20$  tahun), b) dirawat di ruang Alamanda dan Cemara, c) diagnosa medis: TBC, hipertensi, serangan jantung, hepatitis, gastritis, dan diabetes mellitus, d) pasien dalam kondisi sadar, e) bisa membaca dan menulis, f) bersedia menjadi

responden. Kriteria inklusi kelompok kontrol adalah: a) pasien berusia dewasa (> 20 tahun), b) dirawat di ruang Bougenvill dan Pinus, c) diagnosa medis: TBC, hipertensi, serangan jantung, hepatitis, gastritis, dan diabetes mellitus, d) pasien dalam kondisi sadar, e) bisa membaca dan menulis, f) bersedia menjadi responden.

Jumlah sampel untuk masing-masing ruangan ditetapkan berdasarkan kapasitas tempat tidur. Sebaran sampel pada kelompok intervensi adalah 17 pasien dari ruang Alamanda dan 23 pasien dari ruang Cemara. Sebaran sampel untuk kelompok kontrol adalah 13 pasien dari ruang Bougenvill dan 27 pasien dari ruang Pinus.

### **C. Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan di RSD Kabupaten Madiun, karena rumah sakit sedang melakukan pembenahan mutu pelayanan keperawatan, program pendidikan kesehatan oleh perawat belum dijalankan dan penelitian serupa belum pernah dilakukan.

### **D. Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan selama enam bulan mulai Februari – Juli 2008. Jadwal pelaksanaan penelitian dalam lampiran 1.

### **E. Etika Penelitian**

Brockopp dan Tolsma (2000) menyatakan salah satu bentuk tanggung jawab peneliti sebelum melakukan penelitian adalah diperlukan surat ijin penelitian. Polit dan Hugler

(1999) menjelaskan peneliti perlu mempertimbangkan kebebasan responden dalam mengikuti penelitian, dihormati dan dijaga kerahasiaan identitas dan informasi yang telah diberikan, serta dijaga dari ketidaknyamanan secara fisik maupun psikologis selama penelitian berlangsung.

Penelitian diawali dengan pengajuan uji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penelitian ini telah lolos uji etik pada tanggal 1 April 2008 (lampiran 10). Peneliti selanjutnya mengajukan ijin penelitian kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Madiun dan Direktur RSD Kabupaten Madiun. Setelah mendapat ijin, peneliti melakukan presentasi proposal dan dilanjutkan proses administrasi serta melakukan koordinasi dengan kepala pendidikan dan penelitian, kepala bidang keperawatan dan kepala ruangan.

Pengambilan data tentang kepuasan pasien dilakukan setelah pasien mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian. Jika pasien setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian, pasien menandatangani surat persetujuan penelitian (*informed consent*), (lampiran 2). Surat persetujuan ini merupakan bukti kesediaannya berpartisipasi dalam penelitian. Jika pasien menolak berpartisipasi, peneliti memberi kebebasan pasien untuk menolaknya.

Lembar kuesioner untuk pengumpulan data, tidak mencantumkan nama pasien (*anonymity*). Hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan data yang disampaikan pasien. Setelah penelitian selesai, semua berkas-berkas penelitian yang telah diisi responden

dimusnahkan untuk menjaga kerahasiaan responden di kemudian hari.

## **F. Alat Pengumpulan Data**

Pengumpulan data menggunakan kuesioner (lampiran 5) sebagai berikut:

### **1. Karakteristik Responden**

Karakteristik responden yang diperlukan dalam penelitian adalah beberapa hal yang berhubungan dengan responden yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Faktor tersebut meliputi: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jarak rumah pasien dengan rumah sakit, diagnosa penyakit, lama dan kelas perawatan (Utama, 2003 & Gunarsa, 1995). Pengambilan data dengan menggunakan kuesioner A yang terdiri dari 7 pertanyaan. Pasien memilih dan mengisi jawaban yang telah disediakan dalam lembar kuesioner sesuai dengan karakteristik yang mereka miliki.

### **2. Kepuasan Pasien**

Pengukuran kepuasan pasien berdasarkan aspek mutu pelayanan menurut Parasuraman, et al. (1990). Lima aspek ini (keandalan, ketanggapan, jaminan, kepedulian, dan bukti langsung) digunakan untuk memberikan penilaian tentang pelaksanaan pelayanan keperawatan yaitu pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang. Pengambilan data menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 48 pernyataan. Masing-masing aspek terdiri dari 8-11 pernyataan seperti dijelaskan dalam kisi-kisi kuesioner (lampiran 4). Tiap pernyataan disediakan 10 pilihan jawaban mulai skor 1–10 untuk kolom harapan dan kenyataan. Skor 1 adalah sangat tidak sesuai dengan harapan/ kenyataan dan skor 10

adalah sangat sesuai dengan harapan/ kenyataan. Pasien memilih jawaban dengan memberi tanda silang (X) sesuai dengan harapan dan persepsinya terhadap pelayanan keperawatan.

Sebelum digunakan untuk penelitian, kuesioner diujicoba pada 30 pasien di rumah sakit yang sama tetapi di ruangan lain yang tidak digunakan sebagai penelitian. Uji validitas instrumen menggunakan uji korelasi *Pearson product moment* ( $r$ ) untuk mencari hubungan antar skor variabel dengan skor total. Item pernyataan dinyatakan valid jika skor variabel berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya, yaitu bila nilai  $r$  hasil  $>$  nilai  $r$  tabel. Item pernyataan yang dinyatakan tidak valid akan dikeluarkan atau direvisi. Uji reliabilitas dilakukan setelah semua pernyataan dinyatakan valid, dengan cara membandingkan nilai  $r$  hasil pada alpha Cronbach dengan nilai  $r$  tabel. Jika  $r$  hasil alpha Cronbach  $>$  nilai  $r$  tabel maka pernyataan tersebut reliabel (Hastono, 2007).

Hasil uji validitas menunjukkan terdapat 4 item pernyataan yang tidak valid dengan nilai  $r$  hasil  $<$   $r$  tabel (0,361). Item pernyataan tersebut dikeluarkan dari kuesioner dan dilakukan uji validitas ulang. Nilai  $r$  hasil pada uji validitas tiap item pertanyaan setelah mengeluarkan keempat item pertanyaan yang tidak valid adalah sebesar 0,4678 untuk nilai terendah dan nilai tertinggi sebesar 0,9098. Hasil uji reliabilitas instrumen menunjukkan nilai  $r$  alpha Cronbach sebesar 0,9851  $>$   $r$  tabel (0,361) dan instrumen tersebut dinyatakan reliabel.

## **G. Prosedur Pengumpulan Data**

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

### **1. Prosedur Administratif**

Penelitian diawali dengan permohonan izin ke Direktur RSD Kabupaten Madiun. Setelah mendapat izin, peneliti melakukan presentasi proposal dan proses administrasi. Peneliti melakukan koordinasi dengan kepala pendidikan dan penelitian, kepala bidang keperawatan, dan kepala ruang untuk membentuk tim pendidikan kesehatan persiapan pulang. Tim pendidikan kesehatan adalah perawat yang memiliki kemampuan dan kemauan untuk melaksanakan pendidikan kesehatan dan bekerja di ruang yang akan dilaksanakan penelitian. Masing-masing ruangan dibutuhkan 2 orang perawat yang ditunjuk oleh kepala ruangan dan lulus uji pengetahuan tentang materi pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang (nilai mencapai 80). Sebelum melaksanakan intervensi, tim ini dilatih untuk menyamakan persepsi tentang langkah pelaksanaan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang.

### **2. Pelaksanaan Pengambilan Data**

Pelaksanaan pengambilan data pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol digambarkan dalam tabel 4.2.

#### **a. Kelompok intervensi**

Tim pendidikan kesehatan melakukan identifikasi pasien berdasar diagnosa medis dan memilih pasien yang sesuai kriteria inklusi. Pasien yang terpilih sebagai kelompok

intervensi diberikan pendidikan kesehatan persiapan pulang ketika kondisi pasien sudah dianggap membaik (mulai hari ke 3) sampai pulang. Hal ini bertujuan agar proses penerimaan informasi dari perawat dapat diterima oleh pasien dengan baik.

Perawat menggunakan media leaflet yang dibagikan kepada pasien. Sedangkan metode yang digunakan adalah ceramah dan tanya jawab. Perawat memberikan penjelasan kepada pasien dan pasien diberi kesempatan untuk bertanya dan berdiskusi dengan perawat. Materi pendidikan kesehatan disesuaikan dengan diagnosa penyakit pasien, yang meliputi: nutrisi, aktivitas yang harus dipatuhi dan dihindarkan, tanda dan gejala bahaya penyakit serta penggunaan obat-obatan yang diperlukan pasien.

Setelah pasien dilakukan intervensi dan telah dinyatakan boleh pulang oleh dokter yang merawatnya, peneliti mengambil data tentang kepuasan pasien. Sebelum pengambilan data, peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan pengisian kuesioner dan meminta kesediaan pasien untuk ikut serta dalam penelitian. Jika bersedia, pasien diminta menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti menjelaskan petunjuk pengisian kuesioner dan setelah memahami pasien diminta untuk mengisi kuesioner. Peneliti mengambil kuesioner yang telah diisi dan memeriksanya untuk memastikan tidak ada pernyataan yang tidak diisi.

#### b. Kelompok kontrol

Pasien yang terpilih sebagai kelompok kontrol dilakukan tindakan perawatan seperti yang biasa dilakukan di ruangan. Pengambilan data kepuasan pasien dilakukan setelah pasien

diperbolehkan pulang oleh dokter yang merawatnya. Peneliti menjelaskan tentang tujuan pengisian kuesioner dan meminta kesediaan pasien untuk ikut serta dalam penelitian. Jika bersedia, pasien diminta menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti menjelaskan tentang cara pengisian kuesioner. Setelah memahami petunjuk pengisian pasien diminta untuk mengisi kuesioner.

Tabel 4.2  
Prosedur Pengambilan Data Penelitian

No	Kelompok	Kegiatan				Hari Pulang
		Hari ke 3	Hari ke 4	Hari ke 5	Hari ke 6	
1	Intervensi	Pemberian pendidikan kesehatan tentang nutrisi yang harus dipatuhi dan dihindari pasien	Pemberian pendidikan kesehatan tentang aktivitas yang harus dijalankan dan dihindari pasien	Pemberian pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala bahaya yang harus segera dirujuk	Pemberian pendidikan kesehatan tentang obat yang diminum setelah pulang.	Melakukan evaluasi dan justifikasi lisan tentang pemberian pendidikan yang telah dilakukan.  Pengambilan data tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan
2	Kontrol	-	-	-	-	Pengambilan data tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan

## H. Analisis Data

### 1. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan diolah dengan menggunakan tahap sebagai berikut:

(Djarwanto, 2001 & Hastono, 2007)

- a. *Editing* dilakukan untuk mencermati kelengkapan dan kesesuaian jawaban setiap pernyataan. Proses ini dilaksanakan saat peneliti mengambil kuesioner. Data yang tidak lengkap dikembalikan kepada pasien dan diminta melengkapi data tersebut.
- b. *Coding* adalah pemberian kode sesuai dengan petunjuk koding. Pemberian kode dilakukan pada setiap kelompok pertanyaan yang dibuat dalam bentuk file pertanyaan pada program komputer agar memudahkan peneliti untuk merekam data. Variabel jenis kelamin laki-laki diberi kode 1, perempuan 2. Pendidikan dasar diberi kode 1, menengah 2, tinggi 3. Variabel diagnosa penyakit TBC diberi kode 1, hipertensi: 2, serangan jantung: 3, hepatitis : 4, gastritis: 5, Diabetes Mellitus 6. Variabel kelas perawatan VIP diberi kode 0, kelas 1, 2, 3 sesuai nama kelas.
- c. *Scoring* adalah memberi skor pada format isian untuk mengubah data yang masih bersifat kualitatif menjadi kuantitatif.
- d. *Entry data* adalah memasukkan data ke komputer setelah selesai diberi skor.
- e. *Cleaning data/* pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak, sehingga data siap dianalisis.

## **2. Analisis data**

### **a. Univariat**

Analisis univariat/ statistik deskriptif adalah persentase, frekuensi, mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimal, dan maksimal serta *confident interval* (CI 95%), sesuai dengan skala data variabel penelitian (Djarwanto, 2001 & Supriyanto, 2007). Umur, jarak

rumah pasien dengan rumah sakit dan lama perawatan dialisis dengan mean, median, modus, min-maks, dan CI 95%. Pendidikan, jenis kelamin, diagnosa penyakit dan kelas perawatan dialisis dengan distribusi frekuensi dan persentase.

Variabel kepuasan pasien dialisis menggunakan "Importance-Performance Analysis" atau analisis harapan dan kenyataan yang dikembangkan dari metode *servqual* (Martilla & James, 1977 dalam Tjiptono, 2005; Supranto, 2006 dan Supriyanto, 2007). Prosedur analisis sebagai berikut:

- 1) Analisis terhadap tingkat kepuasan tiap pasien, dengan cara:
  - a) Menjumlah skor kenyataan dari seluruh item pertanyaan ( $X_p$ ).
  - b) Menjumlah skor harapan dari seluruh item pertanyaan ( $Y_p$ ).
  - c) Menentukan tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan/ kepuasan pasien dengan rumus:  $Tkp = (X_p/Y_p) \times 100\%$ .
- 2) Analisis terhadap tingkat kepuasan pasien dari masing-masing dimensi dengan cara:
  - a) Menjumlah skor kenyataan seluruh item pertanyaan, tiap dimensi pelayanan keperawatan dan dimensi kepuasan pasien dari seluruh responden ( $X_d$ ).
  - b) Menjumlah skor harapan seluruh item pertanyaan, tiap dimensi pelayanan keperawatan dan dimensi kepuasan pasien dari seluruh responden ( $Y_d$ ).
  - c) Menentukan tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan/ kepuasan pasien dari tiap dimensi pelayanan keperawatan dan dimensi kepuasan pasien dengan rumus:  $Tkd = (X_d/Y_d) \times 100\%$
- 3) Analisis penentuan posisi masing-masing dalam diagram kartesius, dengan cara:

- a) Menentukan nilai rata-rata kenyataan (A) dan nilai rata-rata harapan (E) dari seluruh responden dari tiap dimensi kepuasan pasien dan pelayanan keperawatan.
- b) Menentukan nilai rata-rata kenyataan ( $\bar{A}$ ) dan harapan ( $\bar{E}$ ) dari seluruh dimensi kepuasan pasien dan pelayanan keperawatan.
- c) Menggambar diagram kartesius dengan sumbu mendatar A dan sumbu tegak E dengan titik potong empat area ( $\bar{A}$  ;  $\bar{E}$ ).
- d) Menentukan posisi masing-masing dimensi ke dalam diagram (A; E).
- e) Hasil analisis digambarkan dalam "Importance-Performance Matrix" berikut:

Bagan 4.1

Bagan Posisi rumah sakit berdasar tingkat kepuasan pasien

Area A menunjukkan kinerja pelayanan keperawatan diinginkan pasien tetapi pasien kinerja tidak baik. Rumah sakit perlu meningkatkan kinerja untuk memenuhi harapan pasien. Area B menunjukkan kinerja pelayanan keperawatan diinginkan dan menunjukkan kinerja yang baik. Rumah sakit perlu mempertahankan kinerja pelayanan tersebut. Area C menunjukkan kinerja pelayanan keperawatan tidak diinginkan pasien. Rumah sakit tidak perlu menyediakan pelayanan tersebut. Area D menunjukkan kinerja pelayanan keperawatan tidak diinginkan pasien, tetapi kinerja baik. Rumah sakit perlu mempromosikan pentingnya pelayanan tersebut bagi pasien dengan prioritas rendah

#### b. Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan

uji statistik yang digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/ sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Pemilihan uji statistik untuk menguji kesetaraan karakteristik responden dengan skala data numerik (umur, jarak rumah dengan rumah sakit dan lama perawatan) antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi dengan menggunakan uji beda dua *mean t test independent*. Variabel karakteristik responden dengan skala data kategorik (jenis kelamin, pendidikan, diagnosa penyakit dan kelas perawatan) dengan menggunakan uji *Chi Square*. Masing-masing menggunakan  $\alpha = 0,05$  dan tingkat kepercayaan 95%.

Analisis bivariat untuk menguji perbedaan kepuasan pasien antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah uji beda 2 *mean t test independent* dengan  $\alpha = 0,05$  dan tingkat kepercayaan 95%.

### c. Multivariat

Analisis multivariat adalah bentuk analisis yang digunakan untuk menganalisis hubungan lebih dari dua variabel. Analisis multivariat digunakan untuk menganalisis pengaruh variabel independen (umur, jenis kelamin, pendidikan, jarak rumah pasien dengan rumah sakit, diagnosa penyakit, lama dan kelas perawatan serta pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang) dengan kepuasan pasien. Jenis analisis yang digunakan adalah regresi linier berganda, yaitu suatu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen yang memiliki skala data numerik (Sabri & Sutanto, 2006).



## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menyajikan hasil analisis data penelitian yang terdiri dari analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Penyajian data menggunakan tabel dan interpretasi data.

#### **A. Analisis Univariat**

Penyajian hasil analisis univariat terdiri dari variabel karakteristik responden, variabel kepuasan pasien dan posisi program pendidikan kesehatan berdasar kepuasan pasien.

##### **1. Karakteristik Responden**

Penyajian data karakteristik responden terdiri dari dua tabel. Tabel pertama meliputi variabel umur, jarak rumah pasien dengan rumah sakit dan lama perawatan. Tabel kedua meliputi variabel jenis kelamin, pendidikan, diagnosa penyakit, dan kelas perawatan.

##### **a. Karakteristik Responden Menurut Umur, Jarak Rumah dengan Rumah Sakit dan Lama Perawatan**

Tabel 5.1

Karakteristik Responden Menurut Umur, Jarak Rumah dengan Rumah Sakit dan Lama Perawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008 (n=80)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	(Min – Max)	(95% CI)
Umur	Intervensi	41,85	15,41	20 - 65	36,92 - 46,78
	Kontrol	44,53	14,35	20 - 75	39,93 – 49,12
	Total	43,19	14,86	20 - 75	39,88 - 46,49
Jarak rumah dengan rumah sakit	Intervensi	8,69	6,31	0,5 - 20	6,67 – 10,70
	Kontrol	8,15	6,69	0,5 - 25	6,01 - 10,29
	Total	8,42	6,46	0,5 - 25	6,98 - 9,86
Lama Perawatan	Intervensi	5,18	1,11	4 – 8	4,82 - 5,53
	Kontrol	5,03	1,44	4 – 9	4,56 - 5,49
	Total	5,1	1,28	4 – 9	4,82 – 5,38

Tabel 5.1 menunjukkan rata-rata umur kelompok intervensi 41,85 tahun dengan standar deviasi 15,41, umur termuda 20 tahun dan tertua 65 tahun. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa usia responden berada diantara 36,92 sampai 46,78 tahun. Rata-rata umur kelompok kontrol 44,53 tahun, standar deviasi 14,35, umur termuda 20 tahun dan tertua 75 tahun. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa usia responden berada diantara 39,93 sampai 49,12 tahun. Rata-rata umur seluruh responden 43,19 tahun, standar deviasi 14,86, umur termuda 20 dan tertua 75 tahun. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan usia responden berada diantara 39,88 sampai 46,49 tahun.

Rata-rata jarak rumah responden dengan rumah sakit pada kelompok intervensi 8,69 km dengan standar deviasi 6,305, jarak terdekat 0,5 km dan terjauh 20 km. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa jarak rumah responden dengan rumah sakit berada di antara 6,67 sampai 10,70 km. Rata-rata jarak rumah responden dengan rumah sakit pada kelompok kontrol 8,15 km dengan standar deviasi 6,69, jarak terdekat 0,5 km dan terjauh 25 km. Hasil estimasi interval dengan tingkat

kepercayaan 95% disimpulkan bahwa jarak rumah responden dengan rumah sakit berada di antara 6,01 sampai 10,29 km. Rata-rata jarak rumah responden pada seluruh kelompok dengan rumah sakit adalah 8,42 km dengan standar deviasi 6,46, jarak terdekat 0,5 km dan terjauh 25 km. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa jarak rumah responden dengan rumah sakit berada diantara 6,98 km sampai 9,86 km.

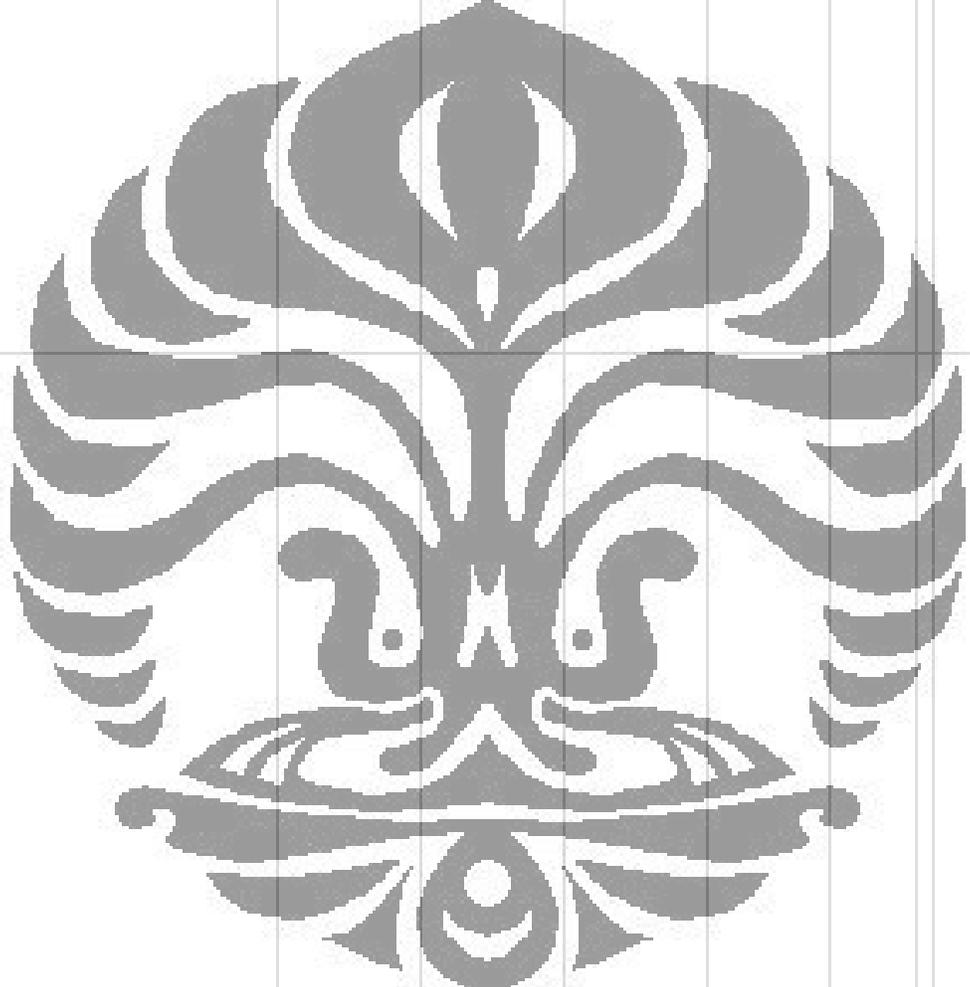
Rata-rata lama perawatan kelompok intervensi 5,18 hari dengan standar deviasi 1,11, perawatan tercepat 4 hari dan terlama 8 hari. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa lama perawatan di rumah sakit berada di antara 4,82 sampai 5,53. Rata-rata lama perawatan kelompok kontrol 5,03 hari, standar deviasi 1,44, perawatan tercepat 4 hari dan terlama 9 hari. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa lama perawatan di rumah sakit berada di antara 4,56 sampai 5,49 hari. Rata-rata lama perawatan seluruh responden adalah 5,1 hari dengan standar deviasi 1,28 hari. Perawatan tercepat 4 hari dan terlama 9 hari. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa lama perawatan responden berada diantara 4,82 sampai 5,3 hari.

**b. Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Diagnosa Penyakit dan Kelas Perawatan**

Tabel 5.2

Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Diagnosa Penyakit dan Kelas Perawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008

Variabel	Kelompok		Total
	Intervensi	Kontrol	

	n (40)	%	n (40)	%	n	%
						

Jenis kelamin	Laki-laki	22	55,00	20	50,00	42	52,50
	Perempuan	18	45,00	20	50,00	38	47,50
Pendidikan	Dasar	20	50,00	29	72,50	49	61,30
	Menengah	14	35,00	7	17,50	21	26,30
	Tinggi	6	15,00	4	10,00	10	12,50
Diagnosa penyakit	TBC	7	17,50	5	12,50	12	15,00
	Hipertensi	7	17,50	10	25,50	17	21,30
	PJK	10	25,00	5	12,50	15	18,80
	Hepatitis	3	7,50	6	15,00	9	11,30
	Gastritis	10	25,00	7	17,50	17	21,30
	DM	3	7,50	7	17,50	10	12,50
Kelas perawatan	VIP	6	15,00	5	12,50	11	13,80
	I	11	27,50	8	20,00	19	23,80
	II	12	30,00	11	27,50	23	28,80
	III	11	27,50	16	40,00	27	33,80

Tabel 5.2 menunjukkan proporsi responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 52,5% dan sisanya berjenis kelamin perempuan. Proporsi kelompok intervensi yang berjenis kelamin laki-laki adalah 55% (22) dan perempuan 45% (18). Proporsi kelompok kontrol yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan masing-masing 50% (20).

Proporsi responden yang berpendidikan dasar sebanyak 61,30% (49), menengah 26,30% (21) dan tinggi 12,50% (10). Proporsi kelompok intervensi yang berpendidikan dasar 50,00% (20), menengah 35,00% (14) dan tinggi 15,00% (6). Proporsi kelompok kontrol yang berpendidikan dasar 72,50% (29), menengah 17,50% (7) dan tinggi 10,00% (4).

Proporsi responden yang berpenyakit hipertensi dan gastritis masing-masing sebanyak 21,30% (17), PJK 18,80% (15), TBC 15,00% (12), DM 12,50% (10) dan hepatitis

11,30% (9). Proporsi kelompok intervensi yang berpenyakit PJK dan DM masing-masing 25,00% (10), TBC dan hipertensi masing-masing 17,50% (7), serta hepatitis dan DM masing-masing 7,50% (3). Proporsi kelompok kontrol yang berpenyakit hipertensi 25,50% (10), gastritis dan DM masing-masing 17,50% (7), hepatitis 15,00% (6) serta TBC dan hipertensi masing-masing 12,50% (5).

Proporsi responden yang dirawat di ruang kelas III 33,80% (27), kelas II 28,80% (23), kelas I 23,80% (19), dan VIP 13,80% (11). Proporsi kelompok intervensi yang dirawat di ruang kelas II 30,00% (12), kelas I dan III masing-masing 27,50% (12), dan VIP 15,00% (6). Proporsi kelompok kontrol yang dirawat di ruang kelas III 40,00% (16), kelas II 27,50% (11), kelas I 20,00% (8), dan VIP 12,50% (5).

## 2. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan

Penyajian data kepuasan pasien terdiri dari kepuasan pasien menurut tiap dimensi kepuasan dan tiap program pelayanan keperawatan/ pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang dari masing-masing kelompok intervensi dan kontrol.

### a. Tingkat Kepuasan Pasien Menurut Dimensi Kepuasan Pasien

Tabel 5.3

Rata-Rata Kepuasan Pasien Pada Tiap Dimensi Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun Bulan April - Mei 2008 ( n = 80)

N o	Dimensi Kepuasan	Kelompok	Mean (%)	SD (%)	(Min – Max) (%)	(95% CI) (%)
1	Keandalan	Intervensi	83,38	14,27	42,22 – 118,18	78,82 – 87,95
		Kontrol	61,94	17,17	21,11 – 102,38	56,44 – 67,43

2	Ketanggapan	Intervensi	92,90	10,97	75,00 – 136,84	89,39 – 96,41
		Kontrol	72,86	14,60	20,00 – 100,00	68,19 – 77,53
3	Jaminan	Intervensi	94,31	11,42	75,00 – 136,84	90,66 – 97,96
		Kontrol	74,26	15,37	41,82 – 100,00	69,35 – 79,18
4	Kepedulian	Intervensi	95,35	18,21	70,24 – 162,75	89,53 - 101,18
		Kontrol	73,62	16,35	38,27 – 100,00	68,39 -78,85
5	Bukti langsung	Intervensi	95,87	14,85	74,44 – 138,00	91,12 – 100,62
		Kontrol	66,13	16,09	38,57 – 100,00	60,99 – 71,28
6	Kepuasan pasien	Intervensi	94,23	11,68	76,60 - 128,78	90,50 – 97,97
		Kontrol	71,42	12,26	37,29 - 89,29	67,50 – 75,33

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa rata-rata kepuasan pasien (dimensi keandalan) terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi sebesar 83,38%, standar deviasi 14,27, kepuasan terendah 42,22% dan tertinggi 118,18%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 78,82% sampai 87,95%. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 61,94%, standar deviasi 17,17, kepuasan terendah 21,11% dan tertinggi 102,38%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 56,44% sampai 67,43%.

Rata-rata kepuasan pasien (dimensi ketanggapan) terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi sebesar 92,90%, dengan standar deviasi 10,97. Kepuasan terendah 75,00% dan tertinggi 136,84%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 89,39% sampai 96,41%. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol 72,86% dan standar deviasi 14,60. Kepuasan terendah 20,00% dan tertinggi 100,00%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 68,19% sampai 77,53%.

Rata-rata kepuasan pasien (dimensi jaminan) terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi sebesar 94,31%, standar deviasi 11,42. Kepuasan terendah 75,00% dan tertinggi 136,84%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 90,66% sampai 97,96%. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol 74,26%, standar deviasi 15,37. Kepuasan terendah 41,82% dan tertinggi 100,00%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 69,35% sampai 79,18%.

Rata-rata kepuasan pasien (dimensi kepedulian) terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi sebesar 95,35%, standar deviasi 18,21. Kepuasan terendah 70,24%, tertinggi 162,75%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 89,53% sampai 101,18%. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol 73,62%, standar deviasi 16,35 dengan kepuasan terendah 38,27% dan tertinggi 100,00%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 68,39% sampai 78,85%.

Rata-rata kepuasan pasien (dimensi bukti langsung) terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi sebesar 95,87%, standar deviasi 14,85, kepuasan terendah 74,44% dan tertinggi 138,00%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 91,12% sampai 100,62%. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 66,13%, standar deviasi 16,13. Kepuasan

terendah 38,57% dan tertinggi 100,00%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 60,99% sampai 71,28%.

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi 94,23% dengan standar deviasi 11,68. Kepuasan terendah 76,60% dan tertinggi 128,78% dan hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan berada diantara 90,50% sampai 97,97%. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 71,42% dengan standar deviasi 12,26. Kepuasan terendah 37,29% dan tertinggi 89,29%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan berada diantara 67,50% sampai 75,33%.

**b. Kepuasan Pasien Menurut Program Pelayanan Keperawatan/ Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang**

Tabel 5.4

Rata-Rata Kepuasan Pasien Menurut Program Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008 (n = 80)

N o	Program Pelayanan Keperawatan	Kelompok	Mean (%)	SD (%)	(Min – Max) (%)	(95% CI) (%)
1	Pendidikan kesehatan tentang nutrisi	Intervensi	94,77	14,07	72,73 – 143,48	90,27 – 99,27
		Kontrol	69,04	13,60	44,83 – 91,80	64,70 – 73,39

2	Pendidikan kesehatan tentang aktifitas	Intervensi	93,09	10,22	76,92 – 124,24	89,82 – 96,36
		Kontrol	66,41	14,83	22,00 – 88,24	61,67 – 71,15
3	Pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala	Intervensi	96,23	14,92	75,79 – 149,21	91,46 – 101,00
		Kontrol	74,36	13,71	34,17 – 99,17	69,97 – 78,74
4	Pendidikan kesehatan tentang obat-obatan	Intervensi	93,43	12,17	74,10 – 124,32	89,54 – 97,33
		Kontrol	73,45	12,75	38,82 – 92,68	69,37 – 77,52
5	Program pelayanan keperawatan	Intervensi	94,23	11,68	76,60 - 128,78	90,50 – 97,97
		Kontrol	71,42	12,26	37,29 - 89,29	67,50 – 75,33

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa rata-rata kepuasan pasien terhadap pendidikan kesehatan tentang nutrisi pada kelompok intervensi sebesar 94,77% dengan standar deviasi 14,07, tingkat kepuasan terendah 72,73% dan tertinggi 143,48%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien berada diantara 90,27% sampai 99,27%. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 69,04% dengan standar deviasi 13,60, tingkat kepuasan terendah 44,83% dan tertinggi 91,80%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien berada diantara 64,70% sampai 73,39%.

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pendidikan kesehatan tentang aktifitas pada kelompok intervensi 93,09% dan standar deviasi 10,22, kepuasan terendah 76,92% dan tertinggi 124,24%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien berada diantara 89,82% sampai 96,36%. Rata-rata tingkat kepuasan pasien terhadap pendidikan kesehatan tentang aktifitas pada kelompok kontrol

66,41% dan standar deviasi 14,83, tingkat kepuasan terendah 22,00% dan tertinggi 88,24%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien berada diantara 61,67% sampai 71,15%.

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala pada kelompok intervensi 96,23%, standar deviasi 14,92, tingkat kepuasan terendah 75,79% dan tertinggi 149,21%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kepuasan pasien berada diantara 91,46% sampai 101,10%. Rata-rata kepuasan pasien terhadap pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala pada kelompok kontrol 74,36%, standar deviasi 13,71, tingkat kepuasan terendah 34,17% dan tertinggi 99,17%. Hasil estimasi interval pada tingkat kepercayaan 95% disimpulkan, bahwa kepuasan pasien berada diantara 69,97% sampai 78,74%.

Rata-rata tingkat kepuasan pasien terhadap pendidikan kesehatan tentang obat-obatan pada kelompok intervensi sebesar 93,43% dengan standar deviasi 12,17, tingkat kepuasan terendah 74,10% dan tertinggi 124,32%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien berada diantara 89,54% sampai 97,33%. Rata-rata kepuasan pasien terhadap pendidikan kesehatan tentang obat-obatan pada kelompok kontrol 73,45% dengan standar deviasi 12,75 dengan tingkat kepuasan terendah 38,82% dan tertinggi 92,68%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien berada diantara 69,37% sampai 77,52%.

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi 94,23% dengan standar deviasi 11,68. Kepuasan terendah 76,60% dan tertinggi 128,78% dan hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan berada diantara 90,50% sampai 97,97%. Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok kontrol adalah 71,42% dengan standar deviasi 12,26. Kepuasan terendah 37,29% dan tertinggi 89,29%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan berada diantara 67,50% sampai 75,33%.

### 3. Posisi Pelayanan Keperawatan dalam *Importance-Performance Matrix*

Posisi pelayanan keperawatan dianalisis dan disajikan dalam bentuk tabel rata-rata harapan dan kenyataan dari masing-masing dimensi pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi dan kontrol serta dalam *Importance-Performance Matrix*.

Tabel 5.5

Rata-Rata Harapan dan Persepsi Responden Terhadap Program Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008 (n = 40)

No	Dimensi Pelayanan Keperawatan	Kelompok	Rata-Rata	
			Kenyataan	Harapan
1	Pendidikan kesehatan tentang nutrisi	Intervensi	7,95	8,50
		Kontrol	5,73	8,27
2	Pendidikan kesehatan tentang aktifitas	Intervensi	7,91	8,49
		Kontrol	5,42	8,16
3	Pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala	Intervensi	7,93	8,50
		Kontrol	6,30	8,43
4	Pendidikan kesehatan tentang obat-obatan	Intervensi	7,93	8,50
		Kontrol	6,14	8,31

5	Pendidikan kesehatan (total)	Intervensi	7,93	8,49
		Kontrol	5,90	8,29

#### Bagan 5.1

#### Posisi Program Pelayanan Keperawatan Menurut Tingkat Kepuasan Pasien Pada Kelompok Intervensi di RSD Kabupaten Madiun, April-Mei 2008

Bagan 5.1 menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan tentang obat-obatan, tanda dan gejala serta nutrisi berada pada area B, yang berarti program tersebut diinginkan pasien dan pasien berpersepsi baik terhadap program tersebut. Pendidikan kesehatan tentang aktifitas berada pada area C, yang berarti kinerja pelayanan keperawatan tidak diinginkan pasien dan pasien berpersepsi tidak baik terhadap program tersebut.

#### Bagan 5.2

#### Posisi Program Pelayanan Keperawatan Menurut Tingkat Kepuasan Pasien Pada Kelompok Kontrol di RSD Kabupaten Madiun, April-Mei 2008

Bagan 5.2 menunjukkan bahwa posisi pendidikan kesehatan tentang nutrisi dan aktifitas berada pada area C, yang berarti pelayanan keperawatan tersebut tidak diharapkan dan pasien berpersepsi buruk. Program pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala serta obat-obatan berada pada area B yang berarti kinerja pelayanan keperawatan diinginkan pasien dan pasien memiliki persepsi baik terhadap program tersebut.

### **B. Analisis Bivariat**

Penyajian analisis bivariat meliputi penyajian data tentang hasil analisis uji kesetaraan karakteristik responden antara kelompok kontrol dengan intervensi dan hasil analisis

perbedaan kepuasan pasien antara kelompok kontrol dengan intervensi.

## 1. Uji Kesetaraan Karakteristik Responden

Uji kesetaraan karakteristik responden terdiri dari uji kesetaraan dengan menggunakan uji beda dua *mean t test independent* yang meliputi umur, jarak rumah dengan rumah sakit dan lama perawatan serta uji *Chi Square* yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, diagnosa penyakit dan kelas perawatan.

### a. Uji Kesetaraan Variabel Umur, Jarak Rumah dengan Rumah Sakit dan Lama Perawatan Antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

Tabel 5.6

Uji Kesetaraan Variabel Umur, Jarak Rumah dengan Rumah Sakit dan Lama Perawatan antara Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008 (n = 80)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	(Min – Max)	(95% CI)	Nilai p
Umur	Intervensi	41,85	15,41	20 - 65	36,92-46,78	0,424
	Kontrol	44,53	14,35	20 - 75	39,93-49,12	
Jarak rumah dengan rumah sakit	Intervensi	8,69	6,31	0,5 - 20	6,67 – 10,70	0,713
	Kontrol	8,15	6,69	0,5 - 25	6,01 - 0,29	
Lama perawatan	Intervensi	5,18	1,11	4 - 8	4,82 - 5,53	0,603
	Kontrol	5,03	1,44	4 - 9	4,56 - 5,49	

Tabel 5.6 menunjukkan hasil uji kesetaraan menggunakan uji beda dua *mean t test independent*. Hasil statistik menunjukkan terdapat kesetaraan/ tidak ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata umur kelompok intervensi dengan kontrol dengan ( $p = 0,424 > \alpha = 0,05$ ), terdapat kesetaraan/ tidak ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata jarak

rumah dengan rumah sakit pada kelompok intervensi dengan kontrol ( $p = 0,713 > \alpha = 0,05$ ), dan terdapat kesetaraan/ tidak ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata lama perawatan kelompok kontrol dengan intervensi ( $p = 0,603 > \alpha (0,05)$ ).

**b. Uji Kesetaraan Variabel Jenis Kelamin, Pendidikan, Diagnosa Penyakit dan Kelas Perawatan antara Kelompok Intervensi dan Kontrol**

Tabel 5.7  
Uji Kesetaraan Variabel Jenis Kelamin, Pendidikan, Diagnosa Penyakit, dan Kelas Perawatan antara Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun, April - Mei 2008 (n = 80)

Variabel		Kelompok				Total		Nilai p
		Intervensi		Kontrol		n	%	
		n (40)	%	N (40)	%			
Jenis Kelamin	Laki-laki	22	55,00	20	50,00	42	52,50	0,823
	Perempuan	18	45,00	20	50,00	38	47,50	
Pendidikan	Dasar	20	50,00	29	72,50	49	61,30	0,112
	Menengah	14	35,00	7	17,50	21	26,30	
	Tinggi	6	15,00	4	10,00	10	12,50	
Diagnosa Penyakit	TBC	7	17,50	5	12,50	12	15,00	0,341
	Hipertensi	7	17,50	10	25,50	17	21,30	
	PJK	10	25,00	5	12,50	15	18,80	
	Hepatitis	3	7,50	6	15,00	9	11,30	
	Gastritis	10	25,00	7	17,50	17	21,30	
	DM	3	7,50	7	17,50	10	12,50	
Kelas Perawatan	VIP	6	15,00	5	12,50	11	13,80	0,674
	I	11	27,50	8	20,00	19	23,80	
	II	12	30,00	11	27,50	23	28,80	
	III	11	27,50	16	40,00	27	33,80	

Tabel 5.7 adalah hasil uji kesetaraan dengan menggunakan *Chi Square*, yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna/ terdapat kesetaraan jenis kelamin,

pendidikan, diagnosa penyakit dan kelas perawatan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi, dimana nilai  $p$  jenis kelamin =  $0,823 > \alpha (0,05)$ , nilai  $p$  pendidikan =  $0,112 > \alpha (0,05)$ , nilai  $p$  diagnosa penyakit =  $0,341 > \alpha (0,05)$ , nilai  $p$  kelas perawatan =  $0,674 > \alpha (0,05)$ .

## 2. Perbedaan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan

Perbedaan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan antara kelompok intervensi dan kontrol dianalisis dengan uji beda dua *mean t test independent*, sebagai berikut:

### a. Perbedaan Kepuasan Pasien Menurut Dimensi Kepuasan Pasien

Tabel 5.8  
Analisis Perbedaan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan Menurut Dimensi Kepuasan Pasien Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di RSD Kabupaten Madiun, April – Mei 2008 (n = 80)

No	Dimensi Kepuasan	Kelompok (%)	Mean (%)	SD (%)	SE (%)	(95% CI)
1	Keandalan	Intervensi	83,38	14,27	2,26	0,0001
		Kontrol	61,94	17,17	2,72	
2	Ketanggapan	Intervensi	92,90	10,97	1,74	0,0001
		Kontrol	72,86	14,60	2,31	
3	Jaminan	Intervensi	94,31	11,42	1,81	0,0001
		Kontrol	74,26	15,37	2,43	
4	Kepedulian	Intervensi	95,35	18,21	2,88	0,0001
		Kontrol	73,62	16,35	2,59	
5	Bukti langsung	Intervensi	95,87	14,85	2,35	0,0001
		Kontrol	66,13	16,09	2,54	

Tabel 5.8 menunjukkan rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (dimensi keandalan) pada kelompok intervensi adalah 83,38% dengan standar deviasi 14,27. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 61,94% dengan standar

deviasi 17,17. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (dimensi keandalan) pada kelompok intervensi dengan kontrol dengan tingkat kesalahan 5% ( $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ ).

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (dimensi ketanggapan) pada kelompok intervensi adalah 92,90% dengan standar deviasi 10,97. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 72,86% dengan standar deviasi 14,60. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (dimensi ketanggapan) pada kelompok intervensi dengan kontrol dengan tingkat kesalahan 5% ( $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ ).

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (dimensi jaminan) pada kelompok intervensi adalah 94,31% dengan standar deviasi 11,42. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 74,26% dengan standar deviasi 15,37. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (dimensi jaminan) pada kelompok intervensi dengan kontrol dengan tingkat kesalahan 5% ( $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ ).

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (dimensi kepedulian) pada kelompok intervensi adalah 95,35% dengan standar deviasi 18,21. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 73,62% dengan standar deviasi 16,35. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (dimensi kepedulian) pada kelompok intervensi dengan kontrol

dengan tingkat kesalahan 5% ( $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ ).

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (dimensi bukti langsung) pada kelompok intervensi adalah 95,87% dengan standar deviasi 14,85. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 66,13% dengan standar deviasi 16,09. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (dimensi bukti langsung) pada kelompok intervensi dengan kontrol dengan tingkat kesalahan 5% ( $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ ).

#### **b. Perbedaan Kepuasan Pasien Menurut Program pelayanan Keperawatan/ Pendidikan Kesehatan**

Tabel 5.9

Analisis Perbedaan Kepuasan Pasien Menurut Dimensi Pelayanan Keperawatan Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di RSD Kabupaten Madiun, April -Mei 2008 (n = 80)

No	Program Pelayanan Keperawatan	Kelompok	Mean (%)	SD (%)	SE (%)	Nilai p
1	Pendidikan kesehatan tentang nutrisi	Intervensi	94,77	14,07	2,23	0,0001
		Kontrol	69,04	13,60	2,15	
2	Pendidikan kesehatan tentang aktifitas	Intervensi	93,09	10,22	1,62	0,0001
		Kontrol	66,41	14,83	2,35	
3	Pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala	Intervensi	96,23	14,92	3,21	0,0001
		Kontrol	74,36	13,71	2,40	
4	Pendidikan kesehatan tentang obat-obatan	Intervensi	93,43	12,17	2,01	0,0001
		Kontrol	73,45	12,75	2,49	
5	Program pendidikan kesehatan (total)	Intervensi	94,23	11,68	1,847	0,0001
		Kontrol	71,42	12,26	1,938	

Tabel 5.9 menunjukkan rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan/ pendidikan kesehatan tentang nutrisi pada kelompok intervensi 94,77% dengan standar deviasi 14,07. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol 69,04% dengan standar

deviasi 13,60. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (pendidikan kesehatan tentang nutrisi) pada kelompok intervensi dengan kontrol pada tingkat kesalahan 5% ( $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ ).

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan/ pendidikan kesehatan tentang aktifitas pada kelompok intervensi adalah 93,09% dengan standar deviasi 10,22. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 66,41% dengan standar deviasi 14,83. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (pendidikan kesehatan tentang aktifitas) pada kelompok intervensi dengan kontrol pada tingkat kesalahan 5% ( $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ ).

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan/ pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala pada kelompok intervensi adalah 96,23% dengan standar deviasi 14,92. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 74,36% dengan standar deviasi 13,71. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala) pada kelompok intervensi dengan kontrol pada tingkat kesalahan 5% ( $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ ).

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan/ pendidikan kesehatan tentang obat-obatan pada kelompok intervensi adalah 93,43% dengan standar deviasi 12,17. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 73,45% dengan standar deviasi 12,75.

Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (pendidikan kesehatan tentang obat-obatan) pada kelompok intervensi dengan kontrol dengan tingkat kesalahan 5% ( $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ ).

Rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi 94,23% dengan standar deviasi 11,68. Rata-rata kepuasan pasien pada kelompok kontrol adalah 71,42% dengan standar deviasi 12,26. Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok intervensi dengan kontrol pada tingkat kesalahan 5% ( $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ ).

### C. Analisis Multivariat

Penyajian analisis multivariat adalah hasil analisis antara karakteristik responden dan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang dengan kepuasan pasien menggunakan regresi linier berganda (lampiran 8).

1. Hasil analisis bivariat untuk menentukan pemodelan terhadap seluruh variabel independen. Variabel yang masuk dalam pemodelan multivariat adalah yang memiliki nilai  $p$  kurang dari 0,25. Variabel dengan nilai  $p > 0,25$  dapat masuk pemodelan multivariat, jika secara substansi berhubungan dengan variabel dependen.

Tabel 5.10

Analisis Bivariat Variabel Umur, Jarak rumah dengan rumah sakit, Lama perawatan, Jenis kelamin, Pendidikan, Diagnosa penyakit, Kelas perawatan, Kelompok/ Pendidikan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien di RSD Kabupaten Madiun, April - Mei 2008

Variabel	Nilai p
Umur	0,578
Jarak rumah dengan rumah sakit	0,229
Lama perawatan	0,880
Jenis kelamin	0,261
Pendidikan	0,479
Diagnosa penyakit	0,231
Kelas perawatan	0,032
Kelompok / pendidikan kesehatan	0,0001

2. Hasil uji regresi terhadap variabel yang masuk pemodelan didapatkan :
  - a. Nilai R square = 0,589 berarti keenam variabel independen mempengaruhi kepuasan pasien sebesar 58,9%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain.
  - b. Nilai p = 0,0001 < 0,05, berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan signifikan.
  - c. Empat variabel yang memiliki nilai p > 0,05, yaitu umur (p = 0,299), jenis kelamin (p = 0,127), pendidikan (p = 0,332) dan jarak (p = 0,530).
3. Hasil uji regresi dengan mengeluarkan secara berturut-turut variabel jarak rumah dengan rumah sakit, pendidikan, umur, dan jenis kelamin, menunjukkan perubahan coefficient B lebih dari 10%, sehingga semua variabel tersebut dimasukkan kembali dalam pemodelan.

Tabel 5.11

Perubahan Coefficient B setelah Pengeluaran Variabel Jarak rumah dengan rumah sakit, Pendidikan, Umur, dan Jenis kelamin

Variabel	Nilai Coefficient B				
	Awal	Tanpa jarak	Tanpa pendidikan	Tanpa umur	Tanpa jenis kelamin
Umur	-0,097	-0,095	-0,074	-	-0,078

Jenis kelamin	-3,924	-3,812	-3,978	-3,573	-
Pendidikan	-2,012	-2,480	-	-1,459	-2,082
Jarak	0,134	-	0,208	0,127	0,111
Diagnosa	-1,618	-1,646	-1,649	-1,423	-1,661
K e l a s	-3,931	-4,064	-3,660	-3,919	-3,756
Perawatan					
Kelompok	21,456	21,627	20,982	21,636	21,767

4. Hasil uji asumsi independensi, eksistensi (variabel random), homoscedascity, linearitas, normalitas, kolinearitas antar variabel independen, menunjukkan seluruh asumsi terpenuhi, sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

5. Pemodelan regresi linier berganda adalah :

- a. Nilai R-square = 0,589 berarti keenam variabel independen mempengaruhi kepuasan pasien sebesar 58,9%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain.
- b. Nilai  $p = 0,0001 < 0,05$ , yang berarti pada alpha 5% model regresi cocok dengan data yang ada atau persamaan garis regresi secara keseluruhan signifikan.
- c.  $\text{Kepuasan Pasien} = 96,668 - 1,618 \text{ diagnosa} - 3,931 \text{ kelas} + 21,456 \text{ kelompok} + 0,134 \text{ jarak} - 2,012 \text{ pendidikan} - 0,097 \text{ umur} - 3,924 \text{ jenis kelamin}$ , artinya:

1) Setiap perubahan diagnosa penyakit, kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan menurun sebesar 1,618 setelah dikontrol oleh variabel kelas perawatan, kelompok, jarak rumah dengan rumah sakit, pendidikan, umur dan jenis kelamin.

2) Setiap kenaikan kelas perawatan, kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan meningkat sebesar 3,931 setelah dikontrol oleh variabel diagnosa

penyakit, kelompok, jarak rumah dengan rumah sakit, pendidikan, umur dan jenis kelamin.

- 3) Kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang memiliki kepuasan terhadap pelayanan keperawatan lebih tinggi sebesar 21,456 setelah dikontrol oleh variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, jarak rumah dengan rumah sakit, pendidikan, umur dan jenis kelamin.
- 4) Setiap penambahan 1 kilometer jarak rumah dengan rumah sakit, kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan meningkat sebesar 0,134 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, kelompok, pendidikan, umur dan jenis kelamin.
- 5) Setiap kenaikan 1 tingkat pendidikan pasien, kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan menurun sebesar 2,012 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, kelompok, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin.
- 6) Setiap penambahan umur 1 tahun, kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan menurun sebesar 0,097 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, kelompok, jarak rumah dengan rumah sakit, pendidikan dan jenis kelamin.
- 7) Pasien yang berjenis kelamin perempuan memiliki kepuasan terhadap pelayanan keperawatan lebih rendah sebesar 3,924 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, kelompok, jarak rumah dengan rumah sakit, umur, dan pendidikan.

- 8) Berdasar kolom Beta, variabel yang memiliki pengaruh besar terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan adalah variabel kelompok/ pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang, yaitu sebesar 0,653.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini membahas tentang diskusi hasil, keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian terhadap pelayanan keperawatan. Diskusi hasil membahas tentang kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun dengan hasil penelitian yang telah dilaksanakan sebelumnya disertai dengan studi kepustakaan yang mendasarinya. Keterbatasan penelitian membahas tentang keterbatasan terhadap penggunaan metodologi penelitian, dan implikasi penelitian membahas tentang pengaruh atau manfaat hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan

keperawatan dan penelitian berikutnya.

### **A. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan**

Kepuasan pasien merupakan tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapan yang dimilikinya (Oliver dalam Supranto, 2006). Hal ini berarti kepuasan pasien diperoleh setelah pasien menerima pelayanan kesehatan dari rumah sakit tempat mereka dirawat dan dibandingkan dengan pelayanan kesehatan yang mereka harapkan. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh faktor internal yaitu karakteristik individual pasien dan faktor eksternal yaitu pelayanan kesehatan yang berasal dari rumah sakit termasuk pelayanan keperawatan. Dalam penelitian ini pelayanan keperawatan yang dimaksud adalah pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang yang meliputi materi tentang nutrisi, aktifitas, tanda dan gejala serta obat-obatan yang mereka perlukan setelah sampai di rumah dengan menggunakan media *leaflet* yang dibagikan kepada pasien. Sedangkan kepuasan pasien diukur berdasarkan dimensi kepuasan pasien menurut Parasuraman, et al., (1990) yaitu; keandalan, ketanggapan, kepedulian, jaminan dan bukti langsung.

#### **1. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan/ Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang Tentang Nutrisi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kepuasan pasien setelah dilakukan pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang nutrisi sebesar 94,77%, sedangkan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan sebesar 69,04% dengan nilai  $p =$

0,0001. Dengan demikian pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang nutrisi berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Hasil penelitian ini sesuai dengan Rankin dan Duffy (1983 dalam Stanhope, 2004), yang menjelaskan bahwa salah satu tujuan pemberian pendidikan kesehatan adalah memberikan kepuasan pasien dan keluarganya terhadap pelayanan keperawatan. Pemberian pendidikan kesehatan tentang nutrisi yang dilakukan secara terprogram oleh perawat akan membangun persepsi yang baik dari pasien dan keluarganya terhadap pelayanan keperawatan. Mereka akan memiliki persepsi bahwa perawat mampu memahami sekaligus memenuhi kebutuhan pasien akan informasi tentang makanan yang sesuai. Persepsi ini menyebabkan pasien merasa puas dengan pelayanan keperawatan yang mereka terima. Hal ini terjadi karena pasien telah memiliki pedoman untuk memilih makanan, sehingga mereka merasa aman dari kesalahan memilih makanan yang dapat menghambat program perawatan berkelanjutan bagi penyakitnya.

Hasil analisis tentang pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang nutrisi dengan menggunakan "*Importance-Performance Matrix*" menunjukkan bahwa program ini diharapkan oleh kelompok pasien yang diberikan pendidikan kesehatan dan pasien memiliki persepsi yang baik terhadap program ini. Pada kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan, program ini tidak diharapkan dan pasien memiliki persepsi yang tidak baik. Hal ini berarti bahwa pemberian pendidikan kesehatan yang telah dilakukan secara terprogram kepada pasien telah mampu membuat pasien mengharapkan program ini dilaksanakan terus menerus. Pasien juga memiliki persepsi yang baik terhadap

manfaat pendidikan kesehatan tentang nutrisi.

Cucuzzo (1976 dalam Slevin, 2006), menjelaskan bahwa salah satu aspek pengetahuan yang perlu diberikan ketika melakukan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang adalah pengetahuan tentang nutrisi. Materi ini meliputi tujuan pemberian diet dan pengenalan tentang jenis makanan yang sesuai dan yang harus dihindari dengan tujuan untuk mempercepat proses penyembuhan pasien, memperbaiki kondisi pasien dan mencegah berulangnya serangan penyakit. Pengetahuan tentang nutrisi harus dimiliki pasien dan keluarganya sebagai pedoman untuk dapat melanjutkan program pemulihan ke kondisi sebelum sakit. Oleh sebab itu seluruh pasien perlu mendapat program pendidikan persiapan pasien pulang tentang nutrisi.

Hasil analisis terhadap dimensi kepuasan pasien pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang yang tertinggi adalah dimensi bukti langsung dengan rata-rata tingkat kepuasan pasien sebesar 100,40%. Hal ini berarti selama memberikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi, perawat telah menunjukkan sikap yang simpatik, berpakaian rapi dan menggunakan media dan alat peraga yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Pasien merasa puas dengan tindakan perawat karena perawat telah memenuhi harapan pasien terhadap pendidikan kesehatan tentang nutrisi. Perawat perlu mempertahankan sikap dan penampilannya sehingga selalu dapat memberikan kepuasan kepada pasien.

Kepuasan terendah terhadap pemberian pendidikan kesehatan tentang nutrisi terdapat pada dimensi ketanggapan, yaitu sebesar 91,51%. Tingkat kepuasan tersebut menunjukkan bahwa perawat belum dapat memenuhi harapan pasien terhadap perawat untuk menunjukkan sikap bersedia dan segera merespon kebutuhan pasien akan pendidikan kesehatan. Perawat perlu meningkatkan kemampuan untuk selalu peka terhadap kebutuhan pasien, sehingga dapat memuaskan pasien.

## **2. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan/ Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang Tentang Aktifitas**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kepuasan pasien setelah dilakukan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang aktifitas sebesar 93,09%, dan pada kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan sebesar 66,41% dengan nilai  $p = 0,0001$ . Hal ini menunjukkan adanya pengaruh pemberian pendidikan kesehatan persiapan pulang tentang aktifitas terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan. Penelitian ini sesuai dengan Jacobalis (1990), yang menjelaskan bahwa dalam pengalaman sehari-hari, ketidakpuasan pasien berkaitan dengan pelayanan perawat yang terlambat dan kurang informatif. Informasi tentang kesehatan merupakan kebutuhan dasar pasien yang harus dipenuhi oleh perawat. Pemenuhan kebutuhan dasar ini akan menyebabkan pasien merasa puas, karena terbentuknya persepsi yang baik tentang pelayanan keperawatan. Jika kebutuhan informasi ini tidak dapat dipenuhi oleh perawat, maka pasien akan memiliki persepsi yang buruk tentang pelayanan keperawatan sehingga menimbulkan rasa tidak puas.

Hasil analisis pemberian program pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang aktifitas dengan menggunakan “*Importance-Performance Matrix*” pada kelompok yang dilakukan pendidikan kesehatan maupun yang tidak diberikan pendidikan kesehatan menunjukkan bahwa program ini tidak diharapkan dan mereka memiliki persepsi yang tidak baik. Hal ini berarti pemberian pendidikan kesehatan tentang aktifitas kurang menarik bagi pasien sehingga pasien tidak mengharapkan kegiatan ini dilaksanakan jika dibandingkan dengan program pendidikan kesehatan yang lain. Kondisi ini terjadi karena kemampuan perawat dalam melaksanakan pendidikan kesehatan tentang aktifitas belum optimal. Hasil penelitian terhadap dimensi jaminan menunjukkan bahwa kepuasan pasien terhadap pemberian pendidikan sebesar 92,01%, yang berarti kemampuan perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan belum dapat memenuhi harapan pasien (100%), sehingga pasien tidak puas.

Stanhope (2004) dan Carpenito (2000), menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang aktifitas/ latihan, meliputi penjelasan tentang aktifitas sehari-hari yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh pasien, pembatasan aktifitas dan penggunaan alat bantu yang diperlukan oleh pasien setelah pulang. Pendidikan kesehatan ini juga bertujuan agar pasien dapat segera mandiri sehingga dapat melaksanakan fungsinya sebagai anggota keluarga dan masyarakat. Perawat perlu meningkatkan kemampuannya untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang aktifitas, sehingga dapat menyadarkan pasien akan pentingnya aktifitas untuk program pemulihan kondisi pasien

dan pencegahan serangan ulang.

### **3. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan/ Pendidikan Kesehatan Persiapan Pasien Pulang Tentang Tanda dan Gejala**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kepuasan pasien setelah dilakukan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang tanda dan gejala sebesar 96,23%, dan pada kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan sebesar 74,36% dengan nilai  $p = 0,0001$ . Hasil tersebut menunjukkan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang tanda dan gejala terhadap kepuasan pasien. Penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa salah satu aspek pelayanan berkualitas di rumah sakit yang dapat meningkatkan kepuasan pasien adalah pemberian rasa aman kepada pasien, melalui pemberian informasi yang benar tentang kondisi pasien (Lusa, 2007, Hubungan *quality assurance* dengan kepuasan pasien rumah sakit, ¶ 3, <http://jsofian.wordpress.com/2007/04/17/mengukur-kepuasanpasien-rumah-sakit/> diperoleh tanggal 28 Desember 2007). Peningkatan kepuasan pasien pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa kemampuan perawat dalam melaksanakan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang sudah cukup baik sehingga mampu meningkatkan kepuasan pasien. Program pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang perlu diberikan kepada setiap pasien dan keluarganya agar mengenal perubahan yang terjadi pada dirinya. Perawat juga perlu meningkatkan kemampuannya untuk meningkatkan kepercayaan pasien kepada perawat dan merasa aman dari bahaya komplikasi dari penyakitnya.

Analisis program pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang dengan menggunakan “*Importance-Performance Matrix*” pada kelompok yang diberikan dan tidak diberikan pendidikan kesehatan menunjukkan hasil bahwa pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala diharapkan dan pasien memiliki persepsi yang baik. Program pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang tanda dan gejala penyakit telah dilakukan oleh perawat dengan baik, sehingga mampu memberikan kepuasan pada pasien. Hal ini dapat dijelaskan dari hasil penelitian terhadap dimensi keandalan yang menunjukkan bahwa rata-rata kepuasan pasien sebesar 126,16%. Hal ini berarti pula bahwa perawat telah mampu memberikan pendidikan kesehatan sesuai dengan waktu, kebutuhan dan kondisi pasien.

Stanhope (2000) dan Carpenito (2000), menjelaskan materi tentang tanda dan gejala merupakan pengetahuan tentang kondisi bahaya yang mungkin terjadi sehingga memerlukan rujukan ke pelayanan kesehatan. Pengetahuan ini diperlukan agar pasien mengenal perubahan yang terjadi pada dirinya berhubungan dengan penyakit yang dideritanya, sehingga dapat segera bertindak untuk mencari bantuan pelayanan kesehatan secara tepat agar terhindar dari bahaya penyakit yang lebih berat.

#### **4. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan/Pendidikan Kesehatan Persiapan Pulang Tentang Obat-Obatan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kepuasan pasien setelah dilakukan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang obat-obatan sebesar 93,43% dan

pada kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan sebesar 73,45% dengan nilai  $p = 0,0001$ . Hal ini berarti terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Suryawati, dkk. (2006) yang menunjukkan bahwa salah satu indikator kepuasan pasien yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan adalah penjelasan perawat terhadap tindakan yang akan dilakukan serta pemberian dan penjelasan tentang obat. Pemberian pendidikan kesehatan oleh perawat merupakan salah satu aspek yang harus diperhatikan dalam memenuhi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Pemberian pendidikan kesehatan dapat dilaksanakan sewaktu-waktu ketika pasien membutuhkan informasi, tetapi pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang harus dilaksanakan secara terprogram sehingga sesuai dengan kebutuhan pasien dan dapat meningkatkan kepuasan pasien. Pemberian pendidikan secara terprogram telah dilaksanakan pada kelompok intervensi, sehingga rata-rata kepuasan pasien pada kelompok ini lebih tinggi dari kelompok kontrol.

Analisis pemberian program pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang menggunakan "*Importance-Performance Matrix*" pada kelompok yang diberikan dan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan menunjukkan hasil bahwa pendidikan kesehatan tentang obat-obatan diharapkan dan pasien memiliki persepsi yang baik dari tindakan tersebut. Hal ini berarti pula bahwa pelaksanaan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang obat-obatan sudah baik dilaksanakan oleh perawat RSD Kabupaten Madiun. Hasil analisis tentang dimensi kepuasan pasien terhadap pendidikan kesehatan tentang obat-obatan

menunjukkan bahwa rata-rata kepuasan pasien pada dimensi bukti langsung sebesar 97,11%. Hasil ini menunjukkan perawat masih belum mampu memenuhi harapan pasien, sehingga perlu meningkatkan kemampuan penyediaan media yang lebih tepat untuk memenuhi harapan pasien.

Menurut Cucuzzo (1976 dalam Slevin, 2006), Stanhope (2004), dan Carpenito (2000) pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang obat-obatan, meliputi nama, dosis, waktu pemberian, efek dan efek samping obat, tujuan pengobatan serta tanda dan gejala dari efek samping obat. Pengetahuan tentang nama, dosis dan waktu pemberian obat diperlukan untuk melanjutkan program pengobatan di rumah, sehingga pengobatan tidak terputus sampai pasien benar-benar dinyatakan sembuh oleh dokter. Pengetahuan tentang tujuan pengobatan diperlukan agar pasien dapat memahami pentingnya pengobatan dalam upaya penyembuhan dari penyakit serta memperbaiki kondisi tubuhnya agar dapat berfungsi seperti sebelum sakit. Pengetahuan tentang efek dan efek samping obat diperlukan agar pasien mengenal perubahan yang diharapkan terjadi setelah minum obat dan mengenal tanda-tanda bahaya setelah minum. Dengan demikian pasien akan dapat segera mengambil tindakan yang diperlukan, termasuk mencari pertolongan pelayanan kesehatan secara tepat.

## **5. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan**

Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan merupakan kepuasan pasien terhadap pelaksanaan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang yang meliputi materi nutrisi, aktifitas, tanda dan gejala penyakit serta obat-obatan. Pengetahuan ini perlu dimiliki oleh

pasien sebagai pedoman untuk melaksanakan program perawatan berkelanjutan setelah pasien berada di rumah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan setelah dilakukan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang sebesar (94,23%). Pengambilan data kepuasan pasien dilakukan setelah pasien mendapatkan pendidikan kesehatan secara terprogram oleh perawat. Pelaksanaan pemberian pendidikan kesehatan oleh perawat menunjukkan bahwa perawat telah menjalankan peran dan tugasnya sebagai pendidik pasien. WHO menjelaskan bahwa pemberian pendidikan kesehatan merupakan tugas utama perawat dan mereka memiliki peran kunci untuk melaksanakan pendidikan kesehatan dimanapun mereka bekerja (Nursing, health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges ahead, ¶ 1, <http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/2/163?ck=nck>, diperoleh tanggal 10 Januari 2008). Kruger (1991 dalam Potter & Perry, 2004) menjelaskan ada tiga area yang merupakan tanggung jawab perawat dalam pendidikan kesehatan pasien, yaitu persiapan pasien untuk menerima perawatan, persiapan pasien pulang dari rumah sakit dan pencatatan aktifitas pendidikan kesehatan. Pemberian pendidikan yang dijalankan dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang yang memfokuskan pada pendidikan kesehatan tentang nutrisi, aktifitas, tanda dan gejala, serta obat-obatan.

Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang dari rumah sakit adalah pemberian pendidikan kesehatan seperti dalam konsep *discharge planning*, yaitu proses sistematis

yang bertujuan menyiapkan pasien meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan berkelanjutan di rumah atau di unit perawatan komunitas (Taylor, dkk., 1989). Potter dan Perry (2004) menjelaskan mekanisme *discharge planning* meliputi pengkajian, tindakan pemberian pendidikan kesehatan dan tindakan pada hari pasien pulang. Pendidikan kesehatan tersebut harus dilaksanakan secara terprogram sesuai dengan kebutuhan pengetahuan yang diperlukan pasien pada saat dirawat maupun ketika pulang. Pelaksanaan pemberian pendidikan kesehatan dalam penelitian tidak melalui proses pengkajian awal sebagai persiapan perawatan pasien di rumah. Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang didasarkan pada diagnosa penyakit pasien, sehingga materi yang diberikan adalah yang secara umum diperlukan oleh pasien. Hal ini yang menyebabkan kepuasan pasien tidak dapat mencapai 100%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok yang tidak dilakukan pendidikan kesehatan sebesar (71,42%). Pencapaian angka ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari pelayanan keperawatan yang telah dijalankan oleh perawat di RSD Kabupaten Madiun. Penelitian oleh Suryawati, dkk (2006) menunjukkan bahwa beberapa indikator kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan adalah penjelasan perawat tentang tindakan yang akan dilakukan, pemberian dan penjelasan tentang obat, respon perawat terhadap keluhan pasien serta sikap dan ketrampilan perawat. Kenyataan yang terjadi di RSD Kabupaten Madiun, perawat selalu memberikan penjelasan tentang tindakan-tindakan yang akan dilakukan agar pasien dapat diajak kerjasama dalam tindakan perawatan. Perawat juga

memberikan obat kepada pasien yang disertai dengan penjelasan tentang cara minum obat serta memberikan respon terhadap keluhan pasien. Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang belum dijalankan secara terprogram. Beberapa pasien mendapatkan pendidikan kesehatan ketika mereka bertanya tentang tindakan apa yang dilakukan setelah pulang, tetapi seringkali mereka tidak mendapat penjelasan jika mereka tidak bertanya.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan rata-rata kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan pada kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan sebesar 94,23% dan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan 71,42% dengan nilai  $p = 0,0001$ . Hal ini berarti pula terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang merupakan faktor yang paling dominan dalam meningkatkan kepuasan pasien dengan nilai beta 0,653. Hasil penelitian ini mendukung pendapat *The Picker/ Commonwealth Program for Patient-Centered Care* (1987 dalam Potter & Perry, 2004), yang menjelaskan bahwa terdapat tujuh dimensi kebutuhan pasien yang dapat memberikan kepuasan kepada pasien, antara lain pemberian pendidikan kesehatan yang diperlukan pasien dan kesinambungan pengobatan. Pemberian pendidikan persiapan pasien pulang merupakan program pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dalam upaya kesinambungan program pengobatan yang akan dilakukan di rumah. Pendidikan kesehatan yang dilaksanakan secara terprogram memiliki arti bahwa kegiatan tersebut benar-benar telah disiapkan, baik yang berhubungan dengan ketrampilan maupun materi

yang harus disampaikan. Program pendidikan kesehatan ini harus dilaksanakan sesuai dengan dimensi-dimensi kepuasan pasien, sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

Perawat yang memberikan pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi dalam penelitian ini adalah perawat yang telah dilatih dan diberikan pengetahuan tentang materi pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang yang berkaitan dengan dimensi kepuasan pasien meliputi keandalan, ketanggapan, kepedulian, jaminan dan bukti langsung. Perawat dievaluasi kemampuan penguasaan materi dan telah lulus lebih dari 80%. Hal ini bertujuan agar perawat yang melakukan pendidikan kesehatan adalah perawat yang benar-benar memiliki pengetahuan dan kemampuan yang baik, sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien pada kelompok intervensi.

Hasil penelitian dari masing-masing dimensi kepuasan pasien menunjukkan bahwa rata-rata tingkat kepuasan pasien ditinjau dari dimensi keandalan pada kelompok intervensi sebesar 83,38%, pada kelompok kontrol 61,94% dengan nilai  $p = 0,0001$ . Menurut Parasuraman, et al, (1990), dimensi keandalan adalah kemampuan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan waktu, kebutuhan dan kondisi pasien. *The Picker/Commonwealth Program for Patient-Centered Care* (1987 dalam Potter & Perry, 2004), menjelaskan bahwa salah satu hal yang dapat memberikan kepuasan pasien adalah penghormatan terhadap nilai, kesukaan dan kebutuhan pasien. Dengan demikian tingginya tingkat kepuasan pasien pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa perawat telah

melakukan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang sesuai dengan waktu, kebutuhan dan kondisi pasien. Dimensi ini harus diperhatikan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien.

Berdasar dimensi ketanggapan, hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata tingkat kepuasan pasien antara kelompok intervensi (92,90%) dengan kelompok kontrol (72,86%) dengan nilai  $p = 0,0001$ . Menurut Parasuraman, et al, (1990) dimensi ketanggapan adalah sikap bersedia dan segera merespon kebutuhan pasien yang ditunjukkan oleh perawat ketika melakukan pendidikan kesehatan. Penelitian oleh Suryawati, dkk. (2006) menunjukkan bahwa salah satu indikator kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan adalah respon perawat terhadap kebutuhan pasien serta sikap baik saat melakukan tindakan keperawatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tindakan perawat pada kelompok intervensi telah menunjukkan sikap bersedia dan segera merespon kebutuhan pasien akan informasi tentang kesehatan. Sikap ini perlu dipertahankan dan dikembangkan oleh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, sehingga dapat memberikan kepuasan kepada pasien terhadap pelayanan keperawatan.

Berdasar dimensi jaminan, hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan kepuasan pasien antara intervensi (94,31%) dan kelompok kontrol (74,26%) dengan nilai  $p = 0,0001$ . Hal ini berarti pemberian pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap kepuasan pasien ditinjau dari dimensi jaminan. Dimensi jaminan adalah kemampuan, pengetahuan,

kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang ditunjukkan oleh perawat pada saat melakukan pelayanan keperawatan (Parasuraman, et al, 1990). Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa salah satu aspek yang pelayanan berkualitas di rumah sakit yang dapat meningkatkan kepuasan pasien adalah pemberian rasa aman kepada pasien, termasuk pemberian informasi yang benar (Lusa, 2007, Hubungan *quality assurance* dengan kepuasan pasien rumah sakit, ¶ 3, <http://jsofian.wordpress.com/2007/04/17/mengukur-kepuasan-pasien-rumah-sakit/> diperoleh tanggal 28 Desember 2007). Pada dasarnya perasaan aman akan informasi kesehatan didapatkan dari kemampuan dan pengetahuan perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan, sehingga mampu menimbulkan kepercayaan pasien kepada perawat. Perawat perlu menambah kemampuannya dalam memberikan pendidikan kesehatan sehingga lebih dapat meningkatkan kepercayaan pasien kepada perawat.

Berdasar dimensi kepedulian, hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan rata-rata tingkat kepuasan pasien antara kelompok intervensi (95,35%) dengan kelompok kontrol (73,62%) dengan nilai  $p = 0,0001$ . Dimensi kepedulian ditunjukkan dengan sikap penuh perhatian kepada pasien, melayani dengan ramah dan menarik, memahami aspirasi pasien, dan berkomunikasi dengan baik dan benar (Parasuraman, et al, 1990). Hal ini berarti perawat telah menunjukkan sikap-sikap tersebut pada kelompok intervensi saat melakukan pendidikan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien. Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa salah satu indikator konsep pelayanan berkualitas bagi rumah sakit adalah keramahan, dan kecepatan pelayanan (Lusa, 2007, Hubungan *quality*

*assurance* dengan kepuasan pasien rumah sakit, ¶ 3, <http://jsofian.wordpress.com/2007/04/17/mengukur-kepuasan-pasien-rumah-sakit/> diperoleh tanggal 28 Desember 2007).

Perasaan puas terhadap pelayanan keperawatan terjadi karena pasien merasa mendapat perhatian dari orang yang dianggap memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya.

Perawat perlu mempertahankan sikap ini dalam memberikan pelayanan keperawatan sehingga dapat lebih meningkatkan perasaan puas pasien terhadap pelayanan keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan rata-rata tingkat kepuasan antara kelompok intervensi (95,87%) dengan kelompok kontrol (66,13%) dengan nilai  $p = 0,0001$  ditinjau dari dimensi bukti langsung. Dimensi bukti langsung berhubungan dengan cara berpakaian, sikap simpatik, penggunaan media dan alat peraga yang tepat serta persiapan ruangan yang memberikan kenyamanan kepada pasien (Parasuraman, et al, 1990). Tingginya tingkat kepuasan pasien pada kelompok intervensi pada dimensi bukti langsung berarti pula bahwa perawat telah menunjukkan cara berpakaian yang rapi, sikap simpatik serta menggunakan media dan alat peraga yang tepat serta menyiapkan ruangan yang memberikan kenyamanan kepada pasien. Cara berpakaian yang rapi dan sikap simpatik perawat akan menimbulkan rasa percaya pasien kepada perawat, sehingga akan membangkitkan keinginan pasien untuk mendengarkan informasi dari perawat. Kenyamanan akan memudahkan pasien untuk menerima informasi dari perawat, dan penyediaan leaflet dapat membantu pasien untuk lebih memahami informasi yang disampaikan perawat dan dapat mempelajari kembali pesan-pesan yang disampaikan perawat.

## **6. Pengaruh Karakteristik Pasien Terhadap Kepuasan Pasien Tentang Pelayanan Keperawatan**

Menurut Utama (2003) dan Gunarsa (1995), beberapa karakteristik individu yang diduga menjadi faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien adalah; pendidikan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, kondisi ekonomi yang berhubungan dengan pemilihan kelas perawatan, lokasi rumah sakit terhadap pasien, diagnosa penyakit yang berhubungan dengan keparahan penyakit, lama perawatan, dan alasan memilih rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan adanya kesetaraan karakteristik responden yang meliputi pendidikan, umur, jenis kelamin, kelas perawatan, jarak rumah pasien dengan rumah sakit, diagnosa penyakit, dan lama perawatan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Hal ini berarti kelompok intervensi dan kelompok kontrol telah memiliki karakteristik yang sama, sehingga hasil penelitian tentang pengaruh pemberian pendidikan persiapan pasien pulang dengan kepuasan pasien telah dikontrol oleh karakteristik pasien yang sama.

Hasil analisis data penelitian dengan analisis multivariat menunjukkan 58,9% variabel diagnosa penyakit, pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang, pendidikan, kelas perawatan, jarak rumah pasien dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin memberikan pengaruh terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan. Besar dan sifat pengaruh masing-masing variabel dijelaskan sebagai berikut:

### **a. Diagnosa Penyakit**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setiap perubahan diagnosa penyakit berpengaruh terhadap penurunan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan sebesar 1,618 setelah dikontrol oleh variabel kelas perawatan, pendidikan kesehatan, pendidikan, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin. Hal ini berarti pula bahwa penyakit diabetes mellitus memiliki tingkat kepuasan terendah dibanding penyakit gastritis, hepatitis, penyakit jantung koroner, hipertensi dan tuberculosi. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pasien diabetes mellitus yang masuk rumah sakit umumnya karena dengan komplikasi anemia dan tidak mau makan, sehingga memiliki waktu perawatan relatif lebih lama dibanding penyakit yang lain. Penelitian ini sesuai dengan Potter dan Perry (2004), yang menjelaskan bahwa lamanya waktu perawatan di rumah sakit berpengaruh terhadap harapan dan persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Pasien yang memerlukan perawatan lama, umumnya memiliki tuntutan terhadap pelayanan yang tinggi.

Lamanya perawatan umumnya berhubungan pula dengan beratnya penyakit yang diderita pasien. Semakin berat penyakit, ketergantungan terhadap perawatan akan meningkat, lama perawatan juga semakin meningkat, sehingga tuntutan terhadap pelayanan perawatan semakin meningkat. Tingginya tuntutan pasien terhadap pelayanan akan menyebabkan rendahnya kepuasan pasien. Penyakit diabetes mellitus merupakan penyakit kronis yang memerlukan perawatan terus menerus dan dapat menimbulkan komplikasi pada seluruh organ tubuh. Oleh sebab itu pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi. Pasien akan merasa puas jika

kebutuhan ini dapat terpenuhi, karena mereka memiliki pedoman perilaku untuk mencegah komplikasi penyakit.

#### **b. Kelas Perawatan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setiap kenaikan kelas perawatan akan diikuti dengan kenaikan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan sebesar 3,931 setelah dikontrol oleh variabel diagnosa penyakit, pendidikan kesehatan, pendidikan, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin. Hal ini berarti pasien yang dirawat di ruang VIP dan kelas I memiliki tingkat kepuasan yang tinggi dibanding pasien yang berada di kelas II atau III. Hasil penelitian tersebut berbeda dengan Potter dan Perry (2004), yang menjelaskan bahwa pemilihan kelas perawatan berhubungan dengan status ekonomi pasien. Semakin tinggi status ekonomi, maka tuntutan terhadap fasilitas pelayanan akan semakin meningkat, yang menyebabkan tingkat kepuasan akan semakin menurun. Perbedaan hasil penelitian ini terjadi karena persepsi perawat dan pihak manajemen rumah sakit bahwa pasien yang dirawat di ruang VIP dan kelas I harus mendapatkan perawatan yang lebih dari standar. Tenaga perawat yang bertugas di VIP dan kelas I ini juga dipilih dari kalangan perawat yang memiliki kemampuan dan penampilan yang menarik. Sementara itu pasien memiliki tuntutan yang sama tentang pelayanan keperawatan, baik pada pasien yang dirawat di kelas VIP maupun di kelas III. Dengan demikian tuntutan pelayanan keperawatan di kelas yang tinggi terpenuhi, dan pada kelas rendah tidak terpenuhi. Hal ini yang menyebabkan pasien yang dirawat di kelas perawatan yang rendah memiliki tingkat kepuasan lebih rendah. Pemberian pendidikan kesehatan persiapan

pasien pulang perlu dilaksanakan sesuai standar tanpa membedakan kelas perawatan, sehingga seluruh pasien yang dirawat akan merasa puas dengan pelayanan keperawatan.

### **c. Pendidikan**

Hasil analisis data tentang pendidikan dengan regresi linier menjelaskan bahwa setiap kenaikan 1 tingkat pendidikan pasien, maka tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan menurun sebesar 2,012 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, pendidikan kesehatan, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin. Hal ini berarti semakin tinggi tingkat pendidikan, maka kepuasan pasien akan menurun. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Loundon dan Britta (1998) yang menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi keinginan dan harapannya. Anjaswari (2002) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien yang berpendidikan SD, SLTP, SLTA dan PT, dimana pasien yang berpendidikan SD memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi. Pasien yang berpendidikan tinggi, umumnya memiliki pemahaman yang lebih tinggi terhadap pemeliharaan kesehatan, sehingga tuntutan akan pendidikan kesehatan juga meningkat. Pendidikan kesehatan ini diperlukan sebagai pedoman untuk pemeliharaan kesehatannya. Tuntutan yang tinggi akan menyebabkan kepuasannya menjadi rendah jika tidak mendapatkan pelayanan yang baik. Sebaliknya pasien yang memiliki pendidikan rendah memiliki tuntutan yang rendah terhadap pendidikan kesehatan. Pemberian pendidikan kesehatan dapat menyebabkan pasien segera puas dengan pelayanan yang diterimanya.

#### **d. Jarak Rumah Pasien dengan Rumah Sakit**

Hasil penelitian terhadap variabel jarak rumah pasien dengan rumah sakit menjelaskan bahwa setiap penambahan 1 kilometer jarak rumah pasien dengan rumah sakit akan meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan sebesar 0,134 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, pendidikan kesehatan, pendidikan, umur dan jenis kelamin. Menurut Utama (2003), lokasi rumah sakit yang menyebabkan pasien puas adalah lokasi yang strategis yaitu yang mudah dijangkau oleh transportasi umum dan berada di tengah-tengah masyarakat. Suryawati, dkk. (2006), dalam penelitiannya juga menunjukkan bahwa rata-rata pasien memilih rumah sakit karena lokasi rumah sakit dekat dengan rumah mereka.

Lokasi RSD Kabupaten Madiun berada di tengah lokasi perumahan yang ramai dan mudah dijangkau oleh transportasi umum baik antar kota maupun dalam kota. Hal ini yang menyebabkan rumah sakit ini semakin banyak diminati oleh masyarakat. Meningkatnya kepuasan pasien pada mereka yang jarak rumahnya jauh karena rata-rata pasien yang berada jauh dari rumah sakit adalah masyarakat yang berada di pedesaan, dimana fasilitas kesehatan yang memadai tidak mereka dapatkan di daerahnya. Hal ini yang menyebabkan masyarakat memilih rumah sakit ini sebagai tempat pelayanan kesehatan dengan harapan mendapatkan fasilitas yang lebih, termasuk pendidikan kesehatan. Pemberian pendidikan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh perawat juga merupakan salah satu alasan, pasien yang merasa lebih puas. Hal ini karena informasi tentang kesehatan khususnya yang berhubungan dengan nutrisi, aktifitas, tanda dan gejala penyakit serta obat-obatan belum

optimal mereka dapatkan di daerahnya. Bagi pasien yang berada jauh dari pelayanan kesehatan informasi ini sangat bermanfaat sebagai pedoman perilakunya untuk melakukan perawatan secara berkelanjutan.

#### **e. Umur**

Hasil penelitian tentang variabel umur menunjukkan bahwa setiap penambahan umur 1 tahun, tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan menurun sebesar 0,149 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, jarak rumah pasien dengan rumah sakit, pendidikan dan jenis kelamin. Hal ini berarti semakin bertambah usia tingkat kepuasan pasien semakin rendah. Hasil penelitian ini berbeda dengan dengan Davis (1994), yang menjelaskan semakin tua usia, harapan terhadap pelayanan semakin rendah, sehingga mereka cenderung lebih mudah puas dibanding mereka yang berusia relatif muda. Pasien muda umumnya memiliki harapan lebih tinggi sehingga perlu pelayanan yang lebih baik untuk mencapai kepuasan. Prasetyo dan Ihalauw (2005), menjelaskan segmen umur yang berbeda mempunyai selera dan minat yang berbeda pada suatu produk termasuk pelayanan keperawatan.

Pada penelitian ini pasien yang memiliki kepuasan tinggi berada diantara umur dewasa menengah dan dewasa muda, sedangkan pada usia di atas 60 tahun memiliki tingkat kepuasan yang rendah. Hal ini terjadi karena tingkat ketergantungan usia di atas 60 tahun lebih tinggi dari usia sebelumnya, sehingga mereka memiliki harapan terhadap pelayanan keperawatan yang tinggi. Menurut Potter dan Perry (2004), tingginya tingkat ketergantungan pasien dalam memenuhi kebutuhannya berpengaruh terhadap harapan dan

persepsi terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Pasien cenderung memiliki tuntutan pelayanan yang tinggi, sehingga tingkat kepuasan menjadi rendah.

#### **f. Jenis Kelamin**

Hasil penelitian menjelaskan bahwa jenis kelamin perempuan memiliki tingkat kepuasan terhadap pelayanan keperawatan yang lebih rendah 5,577 dibanding laki-laki setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, jarak rumah pasien dengan rumah sakit, umur dan pendidikan. Penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa jenis kelamin laki-laki cenderung lebih mudah merasa puas dibanding wanita (Solpro, 2001, Pengembangan indeks kepuasan pasien, <http://mikmundip.or.id>, diperoleh tanggal 30 Desember 2007). Hal ini terjadi karena laki-laki cenderung melihat produk dari sisi kualitas dan fungsinya, sedangkan perempuan lebih berdasar pertimbangan sosial, psikologis dan penampilan luar produk (Peiss, 1998 dalam Prasetijo & Ihalauw, 2005).

#### **B. Keterbatasan Penelitian**

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah *posttest only with control group design* atau *static group comparison*, yaitu pengambilan data satu kali untuk dua kelompok, setelah kelompok intervensi diintervensi dan kelompok yang lain tidak diintervensi (Creswell, 1994; Brockopp & Tolsma, 2000; Notoatmojo, 2005). Berdasar rancangan ini, data tentang kepuasan pasien hanya diambil satu kali yaitu pada saat pasien telah dinyatakan boleh pulang oleh dokter baik pada kelompok kontrol maupun intervensi. Pemilihan rancangan penelitian ini didasarkan atas pertimbangan etik bahwa kemungkinan

besar pasien akan memberikan penilaian yang lebih obyektif terhadap pelayanan keperawatan, ketika mereka telah dinyatakan boleh pulang oleh dokter. Alasan kedua, kesempatan pasien untuk berinteraksi dengan pemberi pelayanan relatif lebih lama, sehingga kemungkinan salah dalam memberikan penilaian dapat dihindari.

Keterbatasan rancangan penelitian ini adalah hanya dapat mengetahui perbedaan kepuasan pasien antara kelompok intervensi dengan kontrol. Rancangan ini tidak dapat mengetahui perbedaan kepuasan pasien pada individu yang sama setelah dilakukan suatu intervensi. Sehingga pengaruh pemberian pendidikan kesehatan tidak dapat dilihat secara individual tetapi dengan melihat perbedaan kepuasan pada individu yang berbeda. Menurut Utama (2003) kepuasan pasien dipengaruhi oleh karakteristik individu, yang mana perbedaan karakteristik individu dapat menyebabkan penilaian yang berbeda. Keterbatasan rancangan ini telah dikontrol dengan kesetaraan karakteristik individu, dimana hasil uji kesetaraan menunjukkan adanya kesetaraan karakteristik individu antara kelompok intervensi dan kontrol.

Penentuan besar sampel penelitian ini mengalami keterbatasan waktu penelitian dan kapasitas tempat tidur di rumah sakit tempat penelitian, sehingga pengambilan sampel relatif sedikit. Hal ini mungkin yang menyebabkan beberapa hasil penelitian ini berbeda dengan teori maupun penelitian yang dilakukan sebelumnya.

Pelaksanaan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang dalam penelitian ini memiliki 2

keterbatasan. Pertama, pemberian pendidikan berdasarkan standar umum dari masing-masing diagnosa penyakit, tanpa mempertimbangkan kondisi sosial maupun lingkungan pasien dan keluarganya. Hal ini berakibat pemberian informasi menjadi tidak efektif, sehingga akan berpengaruh pula terhadap kepuasan pasien. Keterbatasan kedua, kemampuan perawat yang melaksanakan pendidikan kesehatan pada setiap ruangan hanya dinilai berdasar kemampuan penguasaan materi. Kemampuan dalam memberikan pendidikan kesehatan yang meliputi dimensi kepuasan pasien tidak diuji. Hal ini berakibat cara penyampaian pendidikan kesehatan oleh perawat juga berbeda.

### **C. Implikasi Hasil Penelitian**

Hasil penelitian ini akan berpengaruh terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan serta penelitian selanjutnya.

#### **1. Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Pelayanan Keperawatan**

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh pemberian program pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien. Dengan demikian diharapkan program pendidikan kesehatan ini akan dijadikan model untuk melaksanakan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang bagi perawat yang bertugas di rawat inap dan sebagai gambaran pelaksanaan pendidikan kesehatan di area rawat jalan. Penerapan model ini akan mampu meningkatkan kepuasan pasien, yang berarti pula mampu meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan sehingga dapat dijadikan alat pemasaran untuk dapat meningkatkan BOR rumah sakit melalui metode “*word of mouth*”.

Berdasar hasil dari analisis “*Importance-Performance Matrix*”, maka materi pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang yang perlu diberikan oleh perawat meliputi nutrisi, tanda dan gejala bahaya dari penyakit, serta obat-obatan. Materi ini diharapkan oleh pasien sebagai pedoman untuk melanjutkan program perawatan berkelanjutan yang akan dilakukan di rumah atau di unit perawatan komunitas. Materi aktifitas, meskipun kurang diharapkan oleh pasien, harus tetap diberikan karena akan mempengaruhi program pemulihan kondisi pasien ke kondisi sebelum sakit. Dengan demikian pemberian pendidikan kesehatan yang meliputi keempat materi tersebut dapat dijadikan pedoman untuk pelaksanaan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang.

Pelaksanaan pemberian pendidikan kesehatan dengan mempertimbangkan dimensi kepuasan pasien yang meliputi ketanggapan, jaminan, dan kepedulian, juga diharapkan sebagai pertimbangan dalam melaksanakan program. Hal ini karena dimensi ini merupakan indikator untuk mengukur kepuasan pasien. Penggunaan dimensi ini juga merupakan perwujudan dari kualitas pelayanan keperawatan yang mampu mengukur pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang dimiliki perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan.

## **2. Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Pendidikan Keperawatan**

Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang merupakan kegiatan pelayanan keperawatan yang dapat meningkatkan kepuasan pasien, yang merupakan salah satu indikator dari pelayanan keperawatan yang berkualitas. Oleh sebab itu setiap perawat perlu dibekali

dengan kemampuan sebagai *health educator* yang dimulai ketika masih berada di bangku kuliah. Penataan kurikulum tentang pendidikan kesehatan bagi pasien perlu dilakukan, sehingga kemampuan memberikan pendidikan kesehatan menjadi salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh lulusan pendidikan keperawatan.

Program pemberian pendidikan kesehatan juga perlu lebih diintegrasikan dalam setiap program pembelajaran khususnya materi tentang asuhan keperawatan. Dengan demikian pendidikan kesehatan yang merupakan salah satu aspek kegiatan pelayanan keperawatan semakin dipahami oleh perawat dan menjadi salah satu tugas utama dari perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan seperti telah dijelaskan oleh WHO.

### **3. Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Penelitian Selanjutnya**

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai sumber literatur untuk penelitian selanjutnya. Beberapa hal yang dapat digunakan sebagai sumber dari penelitian ini adalah adanya pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien, beberapa karakteristik pasien yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien, materi-materi program pendidikan kesehatan yang perlu diberikan kepada pasien ketika mereka pulang serta dimensi kepuasan pasien yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

Hasil penelitian ini juga dapat digunakan untuk pengembangan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Pelaksanaan penelitian

selanjutnya perlu mempertimbangkan beberapa keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian ini, sehingga akan menambah khasanah faktor lain yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.



## **BAB VII**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Berdasar diskusi hasil penelitian, maka dapat disimpulkan beberapa hal yaitu:

1. Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan setelah diberikan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang nutrisi lebih tinggi secara bermakna daripada yang tidak diberikan pendidikan kesehatan, dimana program ini diharapkan pasien dan pasien memiliki persepsi yang baik.
2. Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan setelah diberikan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang tanda dan gejala penyakit lebih tinggi secara bermakna daripada yang tidak diberikan pendidikan kesehatan, dimana program ini diharapkan pasien dan pasien memiliki persepsi yang baik.
3. Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan setelah diberikan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang obat-obatan lebih tinggi secara bermakna daripada yang tidak diberikan pendidikan kesehatan, dimana program ini diharapkan

pasien dan pasien memiliki persepsi yang baik.

4. Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan setelah diberikan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang tentang aktifitas lebih tinggi secara bermakna daripada yang tidak diberikan pendidikan kesehatan, dimana program ini tidak diharapkan dan pasien memiliki persepsi yang kurang baik.
5. Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan setelah diberikan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang lebih tinggi secara bermakna daripada yang tidak diberikan pendidikan kesehatan.
6. Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang adalah faktor yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan.

## **B. Saran**

Berdasar kesimpulan dari hasil penelitian tersebut, maka saran-saran yang perlu diperhatikan adalah :

1. Pelayanan Keperawatan
  - a. Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang kepada semua pasien dan keluarganya sehingga mereka dapat melanjutkan program perawatan, pengobatan dan rehabilitasi setelah sampai di rumah.
  - b. Pemberian pendidikan kesehatan harus disesuaikan dengan aspek-aspek kepuasan pasien (keandalan, ketanggapan, kepedulian, jaminan dan bukti langsung) pada seluruh pasien tanpa memandang kelas perawatannya.
  - c. Pemberian pendidikan persiapan pasien pulang harus meliputi materi-materi yang

dibutuhkan pasien yaitu tentang nutrisi, aktifitas, tanda dan gejala bahaya serta obat-obatan yang diperlukan oleh pasien selama masa pengobatan lanjutan dan rehabilitasi.

- d. Rumah sakit perlu membuat program pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang sebagai upaya meningkatkan kepuasan pasien.

## 2. Institusi Pendidikan Keperawatan

Pendidikan keperawatan perlu mengembangkan kompetensi tentang pemberian pendidikan persiapan pasien pulang, sehingga lulusan pendidikan keperawatan akan semakin mampu untuk melaksanakan peran dan tugasnya sebagai pemberi pendidikan kesehatan kepada pasien. Pendidikan kesehatan juga harus dikembangkan dalam setiap mata kuliah yang berhubungan dengan asuhan keperawatan.

## 3. Peneliti lebih lanjut

- a. Penelitian ini hanya menguji pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan, sehingga perlu dilakukan pengembangan penelitian lebih lanjut tentang efektifitas pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap perubahan pengetahuan maupun kemampuan pasien untuk melanjutkan program perawatan berkelanjutan di rumah.
- b. Metode pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang dalam penelitian ini belum menggunakan secara keseluruhan langkah-langkah *discharge planning*,

sehingga perlu pengembangan penelitian tentang pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang dengan menggunakan seluruh langkah *discharge planning*, yang mungkin akan lebih memberikan dampak yang lebih baik bagi pasien.

- c. Perlunya pengembangan penelitian dari aspek pelayanan keperawatan yang lain untuk mengetahui pengaruhnya terhadap kepuasan pasien, sehingga pelayanan keperawatan tersebut dapat dikembangkan sebagai pelayanan keperawatan yang berkualitas.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswari, T (2002). *Analisis tingkat kepuasan klien terhadap perilaku caring perawat di RSUD dr. Saiful Anwar Malang*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Anonim, Nursing, health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges ahead, (<http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/2/163?ck=nck>, diperoleh tanggal 10 Januari 2008).
- Anonim, Welcome to Addenbrooke's Part two : Planning your discharge from hospital, (2004, <http://www.addenbrookes.org.uk>, diperoleh tanggal 1 Pebruari 2008).
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Pengantar pendidikan kesehatan*. Jakarta: Penerbit Sastra Hudaya.
- Brockopp, D.Y. & Marie, T.H.T. (1995). *Fundamental of nursing research (Dasar-*

*dasar riset keperawatan*). Boston: Jones & Barlett Publishers.

Burns, N. & Grove, S.K. (1991). *The practice of nursing research: conduct, critiques and utilisation*. 2nd. Philadelphia: WB Saunders C.O.

Carpenito, L.J, (2000). *Nursing care plans & documentation. Nursing diagnoses and collaborative problems (Rencana asuhan & dokumentasi keperawatan)*. 2/E. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Creswell, J.W. (1994). *Research design, quantitative & qualitative approaches (Desain penelitian, pendekatan kualitatif & kuantitatif)*. Sage Publications.

Davis, S.L. & Greenly, M.A. (1994). In integrating patient satisfaction with a quality improvement program. *Jurnal JONA* Volume 24, Desember 1994.

Djarwanto. (2001). *Mengenal beberapa uji statistik dalam penelitian*. Yogyakarta: Liberty.

Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnely, J.H. (1987). *Organisasi dan Manajemen-perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Erlangga.

Green, L.W., Marshall, W.K., Sidrid, G.D., Kay B.P. (1980). *Health education planning a diagnostic approach*. California: Mayfield Publishing Company.

Green, L.W. & Kreuter, M.W. (2000). *Health promotion planning an educational and environmental approach*. (2nd ed.). Mountain View: Mayfield Publishing Company.

Gunarsa, S.D. (1995). *Psikologi perawatan*. Jakarta: Gunung Mulia.

Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research*. Depok: FKM-UI.

Jacobalis, S. (1990). *Menjaga mutu pelayanan rumah sakit suatu pengantar*. Jakarta: Citra Windu Satria.

Johnson, T.M., Sargent, C.F. (1990). *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*. New York: Greenwood Press.

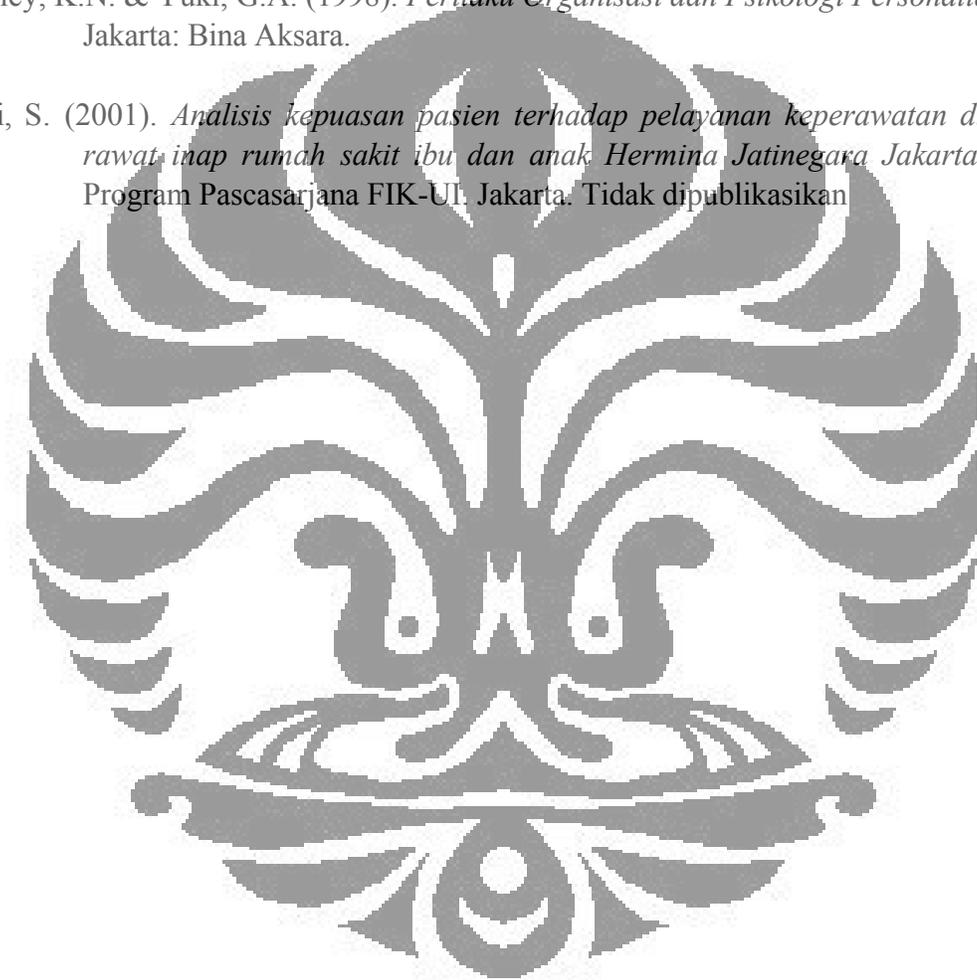
Lemeshow, S.; David, W.H.Jr.; Janelle, K.; Stephen K. L. (1990). Adequacy of sample size in health studies. (Besar sampel dalam penelitian kesehatan). John Wiley & Sons.

Loundon, D.L. & Britta, D. (1998). *Consumer behavior*. (3rd ed). New York: MC Graw Hill.

- Lusa, J. S. (2007). Hubungan quality assurance dengan kepuasan pasien rumah sakit, (<http://jsofian.wordpress.com/2007/04/17/mengukur-kepuasan-pasien-rumah-sakit/> diperoleh tanggal 28 Desember 2007).
- Machfoedz, I., Eko, S., Sutrisno, Sabar, S. (2005). *Pendidikan kesehatan bagian dari promosi kesehatan*. Edisi I. Yogyakarta: Penerbit Fitramaya.
- Murti, B. (2003). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Edisi II. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- New York State Departemet of Health, Discharge planning safety consideration (2005, [dcpwg@health.state.ny.us](mailto:dcpwg@health.state.ny.us), diperoleh tanggal tanggal 5 Desember 2006
- New York State Departemet of Health, Suggested model for Discharge Planning (2005, [dcpwg@health.state.ny.us](mailto:dcpwg@health.state.ny.us), diperoleh tanggal 5 Januari 2008).
- Notoadmodjo, S. (2003). *Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku*, Yogyakarta: Andi Offset.
- Notoadmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L (1990). *Delivery quality service: balancing costumer perception and expectation*. New York: The Press.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1990). *Nursing research principles and methods*. (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Potter, A.P. & Perry, G.A. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, & practice*. St Louis: Mosby Year book.
- Prasetijo, R. & Ihalauw, J. (2005). *Perilaku konsumen*. Yogyakarta: Andi Press.
- Pudjiati.(2002). *Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan klien terhadap hubungan terapeutik perawat klien di ruang rawat inap RSUD Fakultas kedokterran UKI*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Rohyadi, Y. (2004). *Analisis hubungan antara karakteristik demografi dengan kepuasan pasien tentang pelaksanaan fungsi komunikasi oleh perawat di ruang rawat inap dewasa rumah sakit umum Cibabat*. Tesis. Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Sabri, L. & Hastono, S.P. (2006). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

- Sastroasmoro, S. & Sofyan, I. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 2. Jakarta: Sagung Seto.
- Slevin, A.P. A Model for Discharge Planning in Nursing Education, (2006, [http://www.leaonline.com/doi/pdf/10.1207/s15327655jchn0301\\_5](http://www.leaonline.com/doi/pdf/10.1207/s15327655jchn0301_5). Diperoleh tanggal 4 Januari 2008).
- Schein, E.H. (1991). *Psikologi Organisasi*. Jakarta: Pustaka Binaman Pressindo.
- Setiasih, W. (2006). *Hubungan antara kepuasan kerja perawat dengan kepuasan klien di rumah sakit Husada Jakarta*. Tesis. Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Solpro. (2001). Pengembangan indeks kepuasan pasien sebagai indikator persepsi pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakit Islam Jakarta Timur. (<http://www.mikmundip.or.id>. Diperoleh tanggal 30 Desember 2007).
- Stanhope, M. & Jeanette L. (2004). *Community health nursing: process and practice for promoion health*. (Perawatan kesehatan masyarakat suatu proses dan praktek untuk peningkatan kesehatan. St Louis: The C.V. Mosby Company.
- Suliha, U; Herawati; Sumiati; Yeti, R. (2002). *Pendidikan kesehatan dalam keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Supranto, J. (2006). *Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan untuk menaikkan pangsa pasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi Riset*. Surabaya: Program Administrasi & Kebijakan Kesehatan. FKM-Unair.
- Suryadi. (2001). Biaya atau kepuasan pasien, (<http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=568&tbf=artikel>. diperoleh tanggal 28 Desember 2007).
- Suryawati, C., Dharminto, Zahroh, S. (2006). Penyusunan indikator kepuasan pasien rawat inap rumah sakit di provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 09(4), 177-184.
- Taylor, Lilis, Le Mone. (1989), *Fundamentals of Nursing-the art and Science of nursing care*, J.B. Lippincott Company, Philadelphia
- Thomas, L.H. & Bond, S. (1996). Measuring patients satisfaction with nursing: 1990-1994. *Journal of advanced*, April 1996, 747-756.

- Tjiptono, F. & Diana, A. ( 1998). *Total Quality Management*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Tjiptono, F. & Chandra, G. (2005). *Service, quality & satisfaction*. Yogyakarta: Andi offset.
- Utama, S. (2003). Memahami fenomena kepuasan pasien rumah sakit, ([Http://library.usu.acid/download/fkm/fkm-surya1.pdf](http://library.usu.acid/download/fkm/fkm-surya1.pdf). diperoleh tanggal 1 Pebruari 2008).
- Wexley, K.N. & Yukl, G.A. (1998). *Perilaku Organisasi dan Psikologi Personalia*. Jakarta: Bina Aksara.
- Zaini, S. (2001). *Analisis kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit ibu dan anak Hermina Jatinegara Jakarta*. Tesis. Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan



Lampiran 2

### **PENGANTAR *INFORMED CONSENT***

Kepada Yth:

Bapak/Ibu/ Saudara pasien

Di Ruang Rawat Inap RSD Kabupaten Madiun

Pasien dan keluarga yang terhormat, demi peningkatan pelayanan keperawatan di rumah sakit ini, kami mohon saudara bersedia untuk mengisi kuisisioner ini. Kuisisioner ini bertujuan untuk menilai seberapa besar harapan dan tingkat kepuasan Saudara terhadap pelayanan keperawatan selama saudara dirawat di rumah sakit ini.

Kuisisioner ini terdiri dari dua bagian yaitu tentang identitas dan kepuasan saudara. Kuisisioner kepuasan pasien berisi tentang harapan dan kenyataan pelayanan keperawatan yang terjadi. Harapan adalah pelayanan keperawatan yang Saudara harapkan/ inginkan ketika dirawat. Sedangkan kenyataan adalah pelayanan keperawatan yang Saudara dapatkan selama di rawat di rumah sakit ini.

Besar harapan kami agar Saudara berkenan mengisi sesuai dengan harapan yang diinginkan dan kenyataan yang telah saudara dapatkan. Sebelumnya kami sampaikan terimakasih atas kerjasamanya, dan semoga saudara segera sembuh.

Hormat saya  
Peneliti

(Sudaryani)

Lampiran 2

**LEMBAR PERSETUJUAN  
(INFORMED CONCENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

No Register : .....

Ruangan : .....

Alamat Rumah: .....

Menyatakan bersedia menjadi responden dan mengisi kuesioner dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap tingkat kepuasan pasien di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun”, yang dilaksanakan pada Bulan April – Mei 2008 oleh mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Madiun, ..... 2008

Peneliti

Yang Menyatakan

(Sudaryani)

(.....)

Lampiran 3

## KISI-KISI KUESIONER

### KEPUASAN PASIEN TERHADAP PELAYANAN KEPERAWATAN

No	Aspek Kepuasan Pasien	Materi Pendidikan Kesehatan			
		Nutrisi	Aktifitas	Tanda dan gejala bahaya	Obat-obatan
1	<i>Reliability</i> / Keandalan	1, 2	3, 4	5	6,7, 8, 9
2.	<i>Responsiveness</i> / Ketanggapan	10	11, 12	13, 14	15, 16, 17
3.	<i>Assurance</i> / Jaminan	18,19	20, 21	22, 23, 24	25, 26,27, 28
4.	<i>Emphaty</i> / kepedulian	29, 30	31, 32	33, 34, 35	36, 37, 38, 39
5.	<i>Tangibles</i> / bukti langsung	40, 41	42, 43	44, 45, 46	47, 48

**KUESIONER A**  
**DATA KARAKTERISTIK PASIEN DI RUANG RAWAT INAP**  
**RSD KABUPATEN MADIUN**

**Petunjuk Pengisian:**

- Berikan tanda cek ( ) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan keadaan saudara sebenarnya dan harapan saudara.
- Isilah titik-titik sesuai dengan kondisi saudara

1. Umur : ..... tahun
2. Jenis kelamin : Laki-laki      Perempuan
3. Pendidikan terakhir : SD      SMP  
   SMA      PT
4. Jarak rumah dengan rumah sakit : ± ..... kilometer
5. Lama dirawat : ..... hari
6. Diagnosa penyakit : .....
7. Kelas perawatan : .....

















Nilai p variabel kelompok adalah  $0,0001 < 0,25$ , sehingga variabel ini masuk pemodelan multivariat.

- c. Analisis bivariat dengan uji anova untuk variabel independen dengan data katagorik lebih dari 2 mean (pendidikan, diagnosa penyakit, kelas perawatan)

Nilai p variabel pendidikan adalah  $0,479 > 0,25$  sehingga tidak masuk pemodelan multivariat tetapi secara substansi masuk dalam pemodelan

Nilai p variabel diagnosa adalah  $0,231 < 0,25$  berarti masuk dalam pemodelan multivariat

Nilai p variabel kelas perawatan adalah  $0,032 < 0,25$  berarti masuk dalam pemodelan multivariat

## 2. Uji regresi variabel independent yang memenuhi syarat pemodelan

- Pada kotak "Model Summary", R square = 0,589 berarti keenam variabel independen mempengaruhi kepuasan pasien sebesar 58,9%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain.
- Hasil uji statistik pada kotak "anova" didapatkan nilai  $p = 0,0001 < 0,05$ , berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan signifikan.
- Hasil uji statistik pada kotak coefficients menunjukkan ada 4 variabel dengan nilai  $p > 0,05$  yaitu umur ( $p = 0,299$ ), jenis kelamin ( $p = 0,127$ ), pendidikan ( $p = 0,332$ ) dan jarak ( $p = 0,530$ ). Variabel ini harus dikeluarkan satu persatu dimulai dari variabel dengan nilai p terbesar.

- a. Uji regresi dengan mengeluarkan variabel jarak ( $p = 0,530$ )

- R square setelah variabel jarak dikeluarkan berubah dari 0,589 menjadi 0,587.
- Perubahan dengan coefficient B awal menunjukkan:

Variabel	Ada Jarak	Tanpa Jarak	Perubahan Coeff.
Diagnosa	-1.618	-1,646	2,8%
Kelas	-3.931	-4,064	13,3%
Jarak	.134	-	-
Umur	-.097	-0,095	9,5%
Jenis kelamin	-3.924	-3,812	11,2%
Pendidikan	-2.012	-2,480	46,8%
Kelompok	21.456	21,627	17,1%

Tabel di atas menunjukkan perubahan koef. B lebih dari 10% pada variabel kelas, jenis kelamin, pendidikan dan kelompok, sehingga variabel pendidikan dimasukkan kembali dalam pemodelan multivariat.

- b. Uji regresi dengan mengeluarkan variabel pendidikan ( $p = 0,332$ )

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.764(a)	.584	.550	11.09525

a. Predictors: (Constant), JARAK, KEL, SEX, DIAGNOSA, KELAS, UMUR

**Coefficients(a)**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	91.921	7.604		12.089	.000
	UMUR	-.074	.090	-.066	-.824	.413
	SEX	-3.978	2.538	-.121	-1.568	.121
	DIAGNOSA	-1.649	.785	-.166	-2.101	.039
	KELAS	-3.660	1.209	-.233	-3.028	.003
	KEL	20.982	2.529	.639	8.295	.000
	JARAK	.208	.198	.081	1.054	.296

a. Dependent Variable: PUAS

- R square setelah variabel pendidikan dikeluarkan berubah dari 0,589 menjadi 0,584.
- Perubahan dengan coefficient B awal menunjukkan:

Variabel	Ada pendidikan	Tanpa pendidikan	Perubahan Coeff.
Diagnosa	-1.618	-1.649	3,1%
Kelas	-3.931	-3.660	27,1%
Jarak	.134	.208	7,4%
Umur	-.097	-.074	2,3%
Jenis kelamin	-3.924	-3.978	5,4%
Pendidikan	-2.012	-	-
Kelompok	21.456	20.982	47,4%

Tabel di atas menunjukkan perubahan koef. B lebih dari 10% pada variabel kelas, dan kelompok, sehingga variabel pendidikan dimasukkan kembali dalam pemodelan multivariat.

c. Uji regresi dengan mengeluarkan variabel umur ( $p = 0,299$ )

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	90.405	6.761		13.371	.000
	SEX	-3.573	2.519	-.109	-1.419	.160
	DIAGNOSA	-1.423	.764	-.143	-1.862	.067
	KELAS	-3.919	1.241	-.250	-3.156	.002
	KEL	21.636	2.572	.659	8.412	.000
	JARAK	.127	.212	.050	.598	.552
	DIDIKAN	-1.459	1.992	-.063	-.732	.466

a. Dependent Variable: PUAS

- R square setelah variabel umur dikeluarkan berubah dari 0,589 menjadi 0,583.
- Perubahan dengan coefficient B awal menunjukkan:

Variabel	Ada umur	Tanpa umur	Perubahan Coeff.
Diagnosa	-1.618	-1.423	19,5%
Kelas	-3.931	-3.919	1,2%
Jarak	.134	.127	0,7%
Umur	-.097	-	-
Jenis kelamin	-3.924	-3.573	35,1%
Pendidikan	-2.012	-1.459	55,3%
Kelompok	21.456	21.636	18%

Tabel di atas menunjukkan perubahan koef. B lebih dari 10% pada variabel diagnosa, pendidikan, jenis kelamin dan kelompok, sehingga variabel umur dimasukkan kembali

dalam pemodelan multivariat.

d. Uji regresi dengan mengeluarkan variabel jenis kelamin ( $p = 0,127$ )

**Coefficients(a)**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	90.032	8.014		11.235	.000
	DIAGNOSA	-1.661	.793	-.167	-2.095	.040
	KELAS	-3.756	1.247	-.239	-3.011	.004
	KEL	21.767	2.593	.662	8.396	.000
	JARAK	.111	.213	.043	.520	.605
	DIDIKAN	-2.082	2.079	-.090	-1.002	.320
	UMUR	-.078	.093	-.070	-.842	.402

a. Dependent Variable: PUAS

- R square setelah variabel jenis kelamin dikeluarkan berubah dari 0,589 menjadi 0,576.
- Perubahan dengan coefficient B awal menunjukkan:

Variabel	Ada Jenis Kelamin	Tanpa Jenis kelamin	Perubahan Coeff.
Diagnosa	-1.618	-1.661	4,3%
Kelas	-3.931	-3.756	17,5%
Jarak	.134	.111	2,3%
Umur	-.097	-.078	1,9%
Jenis kelamin	-3.924	-	-
Pendidikan	-2.012	-2.082	7,0%
Kelompok	21.456	21.767	31,1%

Tabel di atas menunjukkan perubahan koef. B lebih dari 10% pada variabel kelas dan kelompok, sehingga variabel jenis kelamin dimasukkan kembali dalam pemodelan multivariat.

e. Model multivariat terakhir adalah sebagai berikut:

**Coefficients(a)**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	96.668	9.026		10.710	.000
	DIAGNOSA	-1.618	.786	-.163	-2.059	.043
	KELAS	-3.931	1.241	-.250	-3.169	.002
	KEL	21.456	2.576	.653	8.328	.000
	JARAK	.134	.212	.052	.631	.530

	DIDIKAN	-2.012	2.060	-0.087	-0.977	.332
	UMUR	-.097	.093	-.087	-1.047	.299
	SEX	-3.924	2.539	-.119	-1.545	.127

a Dependent Variable: PUAS

### 3. Melakukan diagnostik regresi linier untuk pengujian asumsi

#### a. Asumsi Independensi

Hasil uji Durbin Watson menunjukkan nilai 1,965. Hal ini berarti asumsi independensi terpenuhi karena nilainya berada diantara -2 s/d +2

#### b. Asumsi eksistensi (variabel random)

Hasil uji asumsi eksistensi menunjukkan *mean residual* 0,000 dan standar deviasi 10,596. Dengan demikian asumsi eksistensi terpenuhi (karena residual menunjukkan *mean* mendekati nilai nol dan ada sebaran/ standar deviasi).

#### c. Asumsi homoscedascity

Hasil plot menunjukkan asumsi homoscedascity terpenuhi, karena tebaran titik mempunyai pola yang sama antara titik-titik yang berada di atas dan di bawah garis diagonal (0).

#### d. Asumsi Linearitas

Hasil uji *anova* menunjukkan asumsi linearitas terpenuhi karena nilai  $p(0,013) < \alpha(0,05)$ .

#### e. Asumsi normalitas

Grafik histogram dan P-P plot menunjukkan bentuk distribusinya normal. Berarti asumsi normality terpenuhi, karena data menyebar di sekitar diagonal dan mengikuti arah garis regresi.

#### f. Pengujian kolinearitas antar variabel independen

Uji kolinearitas menunjukkan tidak ada kolienaritas/ korelasi antara variabel independen, dimana nilai VIF (*variance inflation factor*) tidak lebih dari 10

### **Kesimpulan:**

Hasil uji asumsi dan kolenearitas menunjukkan bahwa semua asumsi dan uji kolienaritas terpenuhi, sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

### **4. Analisis interaksi antara 2 variabel dependen.**

Analisis ini tidak dilakukan, karena secara substansi antar variabel dipandang tidak ada interaksi.

### **5. Pemodelan regresi linier berganda adalah:**

#### **Interpretasi:**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel independen yang masuk ke pemodelan regresi adalah diagnosa penyakit, kelas perawatan, kelompok, jarak rumah dengan rumah sakit, pendidikan, umur dan jenis kelamin. Pada tabel "*Model Summary*" didapatkan R square 0,589 yang berarti model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 58,9% variabel kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

Pada kotak "*ANOVA*" hasil uji F menunjukkan nilai  $p = 0,0001$  yang berarti pada alpha 5% model regresi cocok dengan data yang ada.

Pada kotak *coefficient* (kolom B) didapatkan persamaan garis regresi sebagai berikut:

$$\text{Kepuasan Pasien} = 96.668 - 1,618 \text{ diagnosa} - 3,931 \text{ kelas} + 21,456 \text{ kelompok} + 0,134 \text{ jarak} - 2,012 \text{ pendidikan} - 0,097 \text{ umur} - 3,924 \text{ jenis kelamin}$$

Model tersebut memiliki arti:

- 1) Setiap perubahan diagnosa penyakit maka kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan menurun sebesar 1,618 setelah dikontrol oleh variabel kelas

perawatan, kelompok, jarak rumah dengan rumah sakit, pendidikan, umur dan jenis kelamin.

- 2) Setiap kenaikan kelas perawatan, maka tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan meningkat sebesar 3,931 setelah dikontrol oleh variabel diagnosa penyakit, kelompok, pendidikan, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin.
- 3) Kelompok intervensi memiliki tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan lebih tinggi sebesar 21,456 setelah dikontrol oleh variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, pendidikan, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin.
- 4) Setiap penambahan 1 kilometer jarak rumah dengan rumah sakit, maka tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan meningkat sebesar 0,134 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelompok, kelas perawatan, pendidikan, umur dan jenis kelamin.
- 5) Setiap kenaikan 1 tingkat pendidikan pasien, maka tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan menurun sebesar 2,012 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, kelompok, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin.
- 6) Setiap penambahan umur 1 tahun, maka tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan menurun sebesar 0,097 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, kelompok, jarak rumah dengan rumah sakit, pendidikan dan jenis kelamin.
- 7) Pada jenis kelamin perempuan, tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan menurun sebesar 3,924 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, kelompok, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan pendidikan.

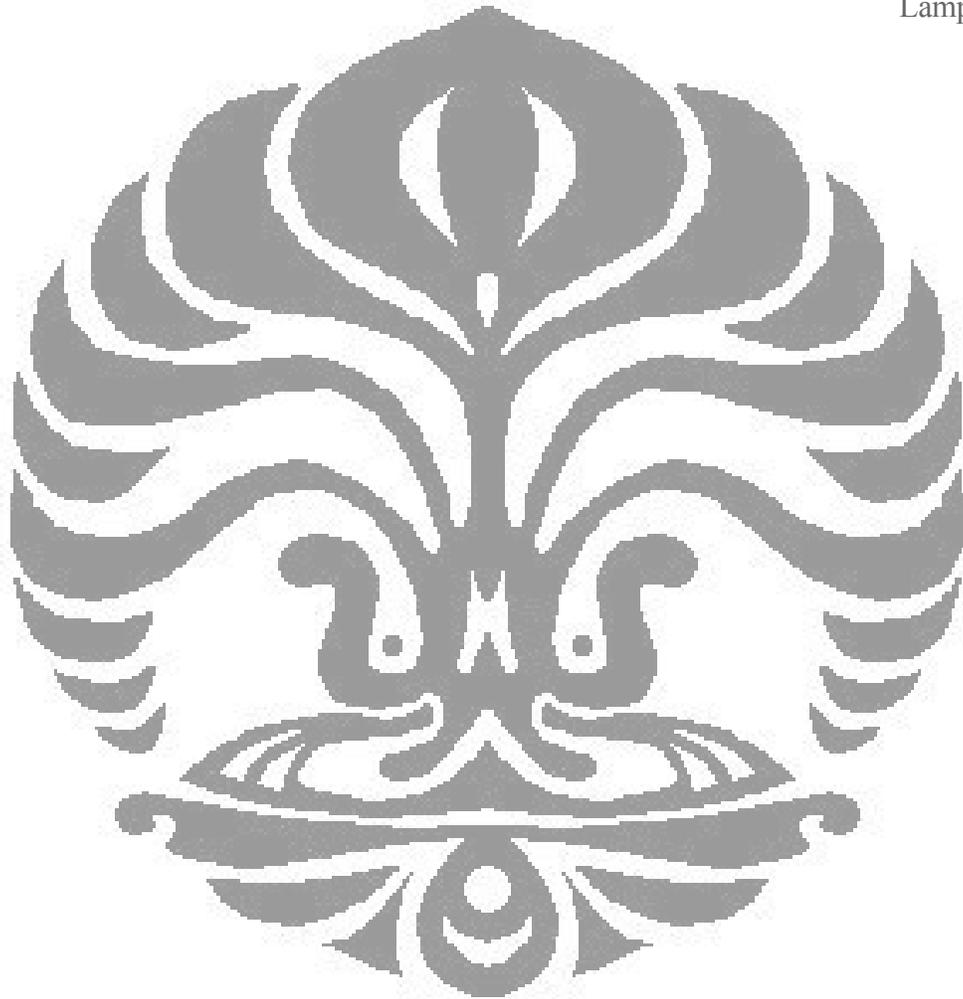
Berdasar kolom Beta dapat disimpulkan bahwa variabel yang memiliki pengaruh besar terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan adalah variabel kelompok/ pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang, yaitu sebesar 0,653.

### DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sudaryani  
Tempat, tanggal lahir : Magetan, 16 Pebruari 1970  
Jenis kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Dosen  
Alamat rumah : Jl. Imam Bonjol Gg Jati Luhur No. 6 Madiun.  
Alamat Institusi : Akper Dr. Soedono Madiun,  
Jl. Imam Bonjol No. 1 Madiun  
Riwayat Pendidikan :

Riwayat Pekerjaan :

Lampiran 11



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**RENCANA PERSIAPAN PELAKSANAAN**

**PENDIDIKAN KESEHATAN PERSIAPAN PASIEN  
PULANG DI RSD KABUPATEN MADIUN**



**Oleh**

**Sudaryani**

**0606027360**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

**DEPOK, 2008**

**BAB I**

# PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Pendidikan kesehatan merupakan unsur program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk mengubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Steward, 1968 dalam Azwar, 1983). Pendidikan kesehatan untuk pasien di rumah sakit adalah pemberian pengalaman kepada pasien dan keluarganya yang berupa pemberian informasi tentang kesehatan yang diperlukan untuk melaksanakan program pengobatan dan perawatan.

Pemberian pendidikan kesehatan persiapan pulang merupakan salah satu langkah program *discharge planning* yang bertujuan untuk melanjutkan program pengobatan dan rehabilitasi yang dilakukan di rumah, setelah pasien pulang. Pendidikan kesehatan di rumah sakit merupakan tanggung jawab perawat, karena perawat adalah profesi yang paling dekat dengan pasien dan paling lama berinteraksi dengan pasien. Perawat perlu memiliki bekal pengetahuan dan ketrampilan yang baik agar proses pemberian informasi/ pendidikan kesehatan dapat diterima dengan baik oleh pasien. Bila pasien dapat menerima dan memahami dengan mudah penjelasan dari perawat, maka akan memberikan pengaruh terhadap kepuasan pasien yang akhirnya memudahkan pasien untuk bekerjasama dalam program pengobatan dan perawatan.

## Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan pelatihan tentang pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang perawat mampu memahami dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang.

## 2. Tujuan Khusus

Setelah pelaksanaan pelatihan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang, perawat dapat:

- a. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga tentang makanan yang boleh/ tidak boleh dimakan pasien sesuai dengan diagnosa penyakit yang dideritanya.
- b. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya tentang aktifitas yang boleh/ tidak boleh dilakukan pasien sesuai dengan diagnosa penyakit yang dideritanya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala bahaya yang perlu segera dirujuk ke rumah sakit sesuai dengan diagnosa penyakit yang dideritanya.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya tentang obat-obatan yang harus diminum setelah pulang sesuai dengan diagnosa penyakit yang dideritanya.

## **BAB II**

### **PELAKSANAAN**

#### **A. Persiapan**

Langkah langkah yang dilakukan pada tahap persiapan adalah:

##### **1. Permohonan ijin**

Peneliti mengajukan permohonan ijin untuk melaksanakan penelitian dan pelatihan pendidikan kesehatan persiapan pulang kepada Direktur melalui Kepala Pendidikan dan Penelitian Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun.

##### **2. Koordinasi dengan pihak terkait.**

Setelah mendapat ijin, peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Pendidikan dan Penelitian, Kepala Bidang Keperawatan, dan Kepala Ruang Cemara, Pinus, Bougenvill, Alamanda yang akan digunakan sebagai tempat penelitian. Koordinasi ini diperlukan untuk menentukan peserta pelatihan pendidikan kesehatan yang akan dijadikan sebagai tim pendidikan kesehatan persiapan pulang. Tim ini adalah perawat yang bekerja di ruang Cemara, Pinus, Bougenvill, Alamanda yang ditunjuk oleh masing-masing kepala ruangan. Masing-masing ruangan dibutuhkan 2 orang perawat.

#### **B. Pelaksanaan**

##### **1. Fasilitator Pelatihan Pendidikan Kesehatan**

Fasilitator dalam pelaksanaan pelatihan adalah peneliti atas nama Sudaryani, SKep. Ners. yang akan melaksanakan penelitian tentang “Pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun”.

##### **2. Sasaran**

Sasaran pelatihan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang adalah perawat yang akan bertugas sebagai tim pendidikan kesehatan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Pendidikan minimal DIII Keperawatan
- b. Perawat yang bekerja di ruangan Cemara, Pinus, Bougenvill, Alamanda.
- c. Berpengalaman dalam melaksanakan pendidikan kesehatan pada pasien.

Perawat tersebut selanjutnya akan bertugas sebagai tim pendidikan kesehatan selama dalam waktu penelitian dengan peran sebagai berikut:

- a. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga tentang makanan yang boleh/ tidak boleh dimakan oleh pasien setelah pasien pulang.
- b. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya tentang aktifitas yang boleh/ tidak boleh dilakukan oleh pasien setelah pasien pulang.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala bahaya yang perlu segera dirujuk ke rumah sakit setelah pasien pulang.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya tentang obat-obatan yang harus diminum pasien setelah pasien pulang.

### **3. Metode dan Media Pelatihan**

- a. Metode yang digunakan dalam pelatihan adalah ceramah dan diskusi
- b. Media yang digunakan adalah : LCD, laptop, buku petunjuk pelaksanaan bagi perawat untuk melaksanakan pendidikan kesehatan pasien pulang, dan leaflet yang akan dibagikan ke pasien.

### **4. Waktu dan Tempat Pelaksanaan**

- a. Waktu Pelatihan

Pelatihan dilaksanakan pada awal bulan April selama 1 hari mulai jam 08.00 sampai dengan jam 12.00 WIB

- b. Tempat pelatihan

Pelatihan dilaksanakan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Madiun.

## 5. Prosedur Pelaksanaan

Prosedur pelaksanaan pelatihan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang sebagai berikut:

Tahap	Waktu	Kegiatan
I	08.00 – 08.50 WIB	Pretest
II	09.00 – 09.10 WIB	Penjelasan latar belakang, tujuan pelatihan dan tujuan pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang.
II	09.10 – 09.20 WIB	Penjelasan tentang sasaran pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang.
III	09.20 – 09.30 WIB	Penjelasan tentang peran perawat dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang.
IV	09.30 – 10.00 WIB	Penjelasan tentang prosedur pelaksanaan pemberian pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang.
V	10.00 – 10.30 WIB	Istirahat dan diskusi tentang pelaksanaan pendidikan kesehatan.
VI	10.30 – 11.00 WIB	Penjelasan tentang materi pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang meliputi kasus TBC, hipertensi, serangan jantung, hepatitis, gastritis, diabetes mellitus.
VII	11.00 – 11.50	Post test

### C. Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk mengetahui kemampuan perawat dalam melaksanakan pendidikan kesehatan. Evaluasi dilaksanakan pada awal/ pretest dan pada akhir pelatihan/ posttest. Evaluasi dilaksanakan secara tertulis menggunakan 40 pertanyaan dalam bentuk pilihan. Alat evaluasi pengetahuan perawat dalam lampiran 6a.

### **BAB III**

### **PENUTUP**

Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang merupakan salah satu bentuk pelayanan keperawatan yang harus dikembangkan oleh rumah sakit. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pasien dalam melanjutkan program pengobatan dan rehabilitasi setelah pulang pulang ke rumah. Dengan demikian diharapkan pasien akan mampu mengembalikan fungsinya seperti pada kondisi sebelum sakit dan meningkatkan status kesehatannya.

Pemberian pendidikan kesehatan persiapan pulang juga merupakan salah satu aspek yang dapat meningkatkan kepuasan pasien yang merupakan salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan. Bagi rumah sakit kepuasan pasien akan bermanfaat sebagai alat pemasaran dengan metode “dari mulut ke mulut” untuk dapat meningkatkan BOR.

Perawat adalah profesi kesehatan yang paling dekat dengan pasien dan meliputi jumlah tenaga profesional terbesar di rumah sakit. Perawat memiliki peran kunci dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan. Oleh karena itu keterlibatan perawat dalam melaksanakan penelitian tentang “Pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan” sangat diperlukan, dalam upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan kepada pasien. Dengan demikian peran perawat untuk pasien akan semakin nyata di mata masyarakat yang menggunakan jasa pelayanan kesehatan serta profesi lain yang berhubungan dengan kesehatan.

**PENGETAHUAN PERAWAT  
TENTANG PENDIDIKAN KESEHATAN PERSIAPAN PULANG  
DI RUANG RAWAT INAP RSD KABUPATEN MADIUN**

**Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda silang (X) pada option a, b, c, d yang telah disediakan!**

1. Makanan yang benar untuk menurunkan tekanan darah adalah:
  - a. mengkonsumsi garam dengan jumlah 1 - 1½ sendok teh per hari
  - b. banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung kalium
  - c. membatasi makanan berlemak tak jenuh seperti minyak ikan
  - d. mengurangi makanan yang banyak mengandung kalsium.
2. Salah satu faktor penyebab hipertensi adalah:
  - a. kurang olah raga
  - b. kegemukan
  - c. merokok
  - d. banyak makan makanan berserat
3. Aktifitas yang harus dihindari oleh penderita hipertensi adalah:
  - a. jalan kaki 30 – 60 menit perhari
  - b. melakukan aktifitas sehari-hari
  - c. lari kecil 4 – 7 kali seminggu
  - d. mengangkat benda yang berat
4. Tanda dan gejala pasien hipertensi yang harus segera dirujuk adalah:
  - a. gangguan penglihatan
  - b. mudah lelah
  - c. sulit tidur
  - d. keletihan
5. Upaya mengurangi stress untuk menurunkan hipertensi yang tidak benar adalah:

- a. istirahat yang cukup  
b. melakukan teknik relaksasi
- c. menilai sesuatu secara positif  
d. melakukan tugas seperti biasanya
6. Efek pengobatan hipertensi yang mungkin dialami oleh penderita adalah:
- a. banyak makan  
b. banyak minum
- c. sering kencing  
d. gangguan bicara
7. Makanan yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita serangan jantung adalah:
- a. makanan yang tinggi serat  
b. makanan berkadar lemak jenuh tinggi
- c. makanan tinggi kalium  
d. makanan yang menimbulkan gas
8. Alasan penderita serangan jantung harus memperhatikan makanan adalah:
- a. menurunkan kolesterol darah  
b. menurunkan fungsi jantung
- c. menurunkan aliran darah ke jantung  
d. mengatur aktifitas
9. Aktifitas penderita serangan jantung yang benar adalah:
- a. melakukan pemanasan selama 5 – 15 menit  
b. jangan libatkan seluruh badan saat latihan
- c. latihan dilakukan setiap hari  
d. jangan naik sepeda
10. Latihan pada penderita serangan jantung bertujuan untuk:
- a. menghilangkan sesak napas  
b. mengatur irama jantung
- c. mencegah terjadinya pusing  
d. memperkuat otot jantung
11. Tanda dan gejala bahaya penyakit jantung yang harus segera dirujuk adalah:
- a. nadi meningkat 5% setelah latihan  
b. keluar keringat dingin saat latihan
- c. kelelahan  
d. sesak napas kurang dari 5 menit
12. Gejala yang sering dialami penderita DM adalah:
- a. banyak kencing  
b. banyak keringat
- c. banyak bicara  
d. sulit tidur
13. Prinsip pemberian diet pada penderita DM yang benar adalah:
- a. kurangi makanan yang berserat  
b. kurangi makanan yang mengandung omega 3

- c. kurangi porsi makanan yang telah diprogramkan
  - d. makan pada waktu yang sama setiap hari
14. Prinsip pengobatan penderita DM adalah:
- a. melakukan aktifitas untuk meningkatkan kerja insulin
  - b. memberikan diet supaya pasien kenyang
  - c. memberikan obat anti DM pada semua tipe DM
  - d. mengurangi makanan mengandung omega 3 agar insulin tak terganggu
15. Akibat jangka panjang yang dapat terjadi pada penderita DM adalah:
- a. Hipoglikemi
  - b. gangguan kesadaran/ koma diabetikum
  - c. hiperglikemi
  - d. glukoma
16. Aktifitas yang dapat dilakukan penderita DM adalah:
- a. gerak badan sebelum makan
  - b. gerak badan seingatnya
  - c. gerak badan menjelang tidur
  - d. rutin dilakukan 2-3 kali seminggu
17. Tujuan aktifitas pada penderita DM adalah:
- a. membantu kerja kolesterol darah
  - b. membantu kerja hormon insulin
  - c. membantu kerja gula darah
  - d. menghilangkan gula darah
18. Penderita DM harus segera periksa ke dokter bila:
- a. merasakan lapar
  - b. merasa sangat haus dan sering kencing
  - c. detak jantung cepat
  - d. badan terasa panas
19. Perawatan kulit yang harus diperhatikan oleh penderita DM adalah:
- a. Gunakan bedak di sela-sela kaki
  - b. Lakukan senam kaki secara teratur
  - c. Gunting kuku sampai diujung jari
  - d. Gunakan sepatu hak tinggi
20. Perawatan kulit pada penderita DM bertujuan untuk:
- a. mencegah terjadinya keriput
  - b. mencegah bau tak sedap
  - c. mencegah terjadinya luka
  - d. mencegah DM
21. Ciri-ciri kaki diabetik akibat iskemik adalah:
- a. kaki kering
  - b. kaki bengkok
  - c. kaki teraba dingin
  - d. perabaan nadi baik

22. Perawatan kulit yang benar untuk DM adalah:
- a. gunakan sepatu hak tinggi
  - b. rendam kaki dalam air hangat
  - c. gunting kuku sampai pendek
  - d. selalu gunakan alas kaki
23. Sakit maag/gastritis disebabkan oleh:
- a. Mengurangi makanan
  - b. Kebiasaan makan manis
  - c. Makan terlalu banyak
  - d. Pola makan tidak teratur
24. Pedoman makan yang harus dipatuhi penderita gastritis adalah:
- a. mengurangi makan pedas
  - b. makan dengan porsi banyak
  - c. mengurangi minum susu
  - d. minum susu jika mual
25. Tujuan pengaturan makan penderita gastritis:
- a. mencegah produksi asam lambung berlebihan
  - b. membantu menelan
  - c. mengurangi berat badan
  - d. mengatur waktu makan
26. Tindakan yang diperlukan untuk mengurangi keluhan penderita gastritis adalah:
- a. memberikan kompres dingin pada ulu hati
  - b. memperbanyak olah raga
  - c. makan sebelum tidur
  - d. hindari makan terlalu banyak
27. Gejala-gejala apakah yang perlu dirujuk oleh penderita gastritis:
- a. kehilangan berat badan kurang dari 3%
  - b. serangan nyeri lambung sekali dalam seminggu
  - c. mulai merasakan lambung di usia muda
  - d. nyeri menjalar ke leher
28. Akibat lanjut dari gastritis adalah:
- a. kanker lambung
  - b. serangan jantung
  - c. gangguan fungsi hepar
  - d. sesak napas
29. Gejala hepatitis yang benar adalah:
- a. kencing berwarna gelap
  - b. tekanan darah tinggi
  - c. nyeri kepala
  - d. penurunan kesadaran
30. Nutrisi yang benar untuk hepatitis adalah:
- a. makan makanan tinggi lemak
  - c. banyak makan bergas

- b. Batasi minum 1 jam sebelum makan                      d. perbanyak makan
31. Aktifitas yang harus dipatuhi penderita hepatitis adalah:
- a. banyak istirahat    c. Banyak olah raga  
b. Lari pagi setiap hari    d. Banyak mengeluarkan keringat
32. Tuberculosis paru disebabkan oleh:
- a. kuman berbentuk spiral    c. kuman gram negatif  
b. bersifat anaerob    d. micobacterium
33. Penyakit tuberculosis dapat menular dengan cara:
- a. ketika kuman berbentuk dorman    c. Udara yang tercemar kuman  
c. kontak langsung kulit    d. Saluran cerna
34. Tanda-tanda umum seseorang menderita penyakit TBC adalah:
- a. sesak disertai wheezing    c. Nyeri dada  
b. nyeri tulang    d. Batuk lebih dari 3 minggu
35. Obat primer yang digunakan untuk pengobatan TBC adalah kecuali:
- a. INH (isoniazid)    c. Rifampisin  
c. Etambutol    d. Kanamicin
36. Pengobatan TBC dilakukan selama.....
- a. 1 bulan    c. 3 bulan  
b. 6 bulan    d. 12 bulan
37. Efek samping obat TBC yang benar adalah:
- a. anoreksia    c. Gagal ginjal  
b. stroke    d. Defisiensi vitamin C
38. Nutrisi yang benar penderita TBC adalah:
- a. banyak mengandung protein    c. Makan dengan porsi besar  
b. kurangi minum air putih    d. Kurangi frekuensi makan
39. Aktifitas yang dianjurkan untuk penderita TBC adalah:
- a. olah raga berat    c. Lari-lari setiap hari

- b. istirahat cukup  
d. Bedrest
40. Pencegahan penularan TBC dapat dilakukan dengan cara, **kecuali**:
- a. upayakan sinar matahari masuk pada pagi hari    b. minum obat jika perlu  
c. Bila batuk, menutup mulut    d. Dahak didesinfeksi



**PENDIDIKAN KESEHATAN PERSIAPAN PASIEN  
PULANG DI RSD KABUPATEN MADIUN**

**Oleh**

**Sudaryani**

**0606027360**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2008  
PEDOMAN PELAKSANAAN  
PENDIDIKAN KESEHATAN PERSIAPAN PASIEN PULANG  
DI RUMAH SAKIT DAERAH KABUPATEN MADIUN**

**B. Latar Belakang**

Pendidikan kesehatan merupakan unsur program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk mengubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Steward, 1968 dalam Azwar, 1983). Pendidikan kesehatan untuk pasien di rumah sakit adalah pemberian pengalaman kepada pasien dan keluarganya yang berupa pemberian informasi tentang kesehatan yang diperlukan untuk melaksanakan program pengobatan dan perawatan.

Pemberian pendidikan kesehatan persiapan pulang merupakan salah satu langkah program *discharge planning* yang bertujuan untuk melanjutkan program pengobatan dan rehabilitasi yang dilakukan di rumah, setelah pasien pulang. Pendidikan kesehatan di rumah sakit merupakan tanggung jawab perawat, karena perawat adalah profesi yang paling dekat dengan pasien dan paling lama berinteraksi dengan pasien. Perawat perlu memiliki bekal pengetahuan dan ketrampilan yang baik agar proses pemberian informasi/ pendidikan kesehatan dapat diterima dengan baik oleh pasien. Bila pasien dapat menerima dan memahami dengan mudah penjelasan dari perawat, maka akan memberikan pengaruh terhadap kepuasan pasien yang akhirnya memudahkan pasien untuk bekerjasama dalam program pengobatan dan perawatan.

### **C. Tujuan**

#### **1. Tujuan Umum**

Pendidikan kesehatan di rumah sakit sebagai persiapan pasien pulang bertujuan memberikan pengetahuan yang cukup bagi pasien dan keluarganya sehingga mereka mampu untuk melanjutkan program perawatan dan pengobatan setelah pasien pulang dari rumah sakit.

#### **2. Tujuan khusus**

Setelah pelaksanaan pendidikan kesehatan, pasien dapat:

- a. Memahami tentang tanda dan gejala yang berhubungan dengan penyakitnya yang perlu segera dirujuk ke pelayanan kesehatan.
- b. Memahami tentang nutrisi yang boleh dan yang tidak boleh dikonsumsi setelah pulang dari rumah sakit.
- c. Memahami tentang aktifitas yang boleh dan tidak boleh dilakukan setelah pulang dari rumah sakit.
- d. Memahami tentang obat yang harus diminum setelah pulang dari rumah sakit.

### **D. Sasaran**

Pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang ditujukan pada pasien dan keluarganya sebagai kelompok intervensi dengan kriteria:

1. Pasien yang telah berusia dewasa (> 20 tahun)
2. Dirawat di ruang Cemara, Pinus, Bougenvill, Alamanda.
3. Pasien dalam kondisi sadar
4. Pasien yang dapat membaca dan menulis
5. Pasien yang bersedia menjadi responden

#### **E. Pelaksana**

Pendidikan kesehatan di rumah sakit dilaksanakan oleh perawat yang bekerja di ruangan tempat pasien dirawat dan digunakan sebagai kelompok intervensi. Perawat yang ditunjuk sebagai tim pendidikan kesehatan harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria perawat

Kriteria perawat yang melaksanakan pendidikan kesehatan adalah:

- a. Pendidikan minimal DIII Keperawatan
- b. Berpengalaman dalam melaksanakan pendidikan kesehatan pada pasien

2. Peran Perawat

Peran perawat selama melaksanakan pendidikan kesehatan adalah:

- a. Memberikan informasi pada pasien dan keluarga tentang makanan yang boleh/ tidak boleh dimakan oleh pasien setelah pasien pulang dari rumah sakit.
- b. Memberikan informasi pada pasien dan keluarganya tentang aktifitas yang boleh/ tidak boleh dilakukan oleh pasien setelah pasien pulang dari rumah sakit.
- c. Memberikan informasi pada pasien dan keluarga tentang tanda/ gejala penyakit yang perlu dirujuk ke petugas kesehatan setelah pasien pulang dari rumah sakit.
- d. Memberikan informasi pada pasien dan keluarganya tentang obat-obatan yang harus diminum pasien setelah pulang dari rumah sakit.

#### **F. Prosedur Pelaksanaan Umum**

Prosedur pelaksanaan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang dibagi dalam 3 tahap,

yaitu, tahap persiapan, pelaksanaan dan evaluasi. Langkah masing-masing tahap adalah sebagai berikut:

### 1. Tahap Persiapan

Langkah-langkah yang dilaksanakan pada tahap persiapan adalah:

- a. Melakukan identifikasi dan seleksi pada pasien yang akan dilakukan pendidikan kesehatan sesuai dengan kriteria sasaran pendidikan kesehatan.
- b. Membuat kontrak waktu dengan pasien untuk melaksanakan pendidikan kesehatan kepada pasien dalam 4 sesi.

### 2. Tahap Pelaksanaan

Langkah-langkah yang dilaksanakan pada tahap pelaksanaan adalah:

- a. Sesi 1: Memberikan pendidikan kesehatan tentang makanan yang boleh/ tidak boleh dimakan setelah pulang sesuai dengan diagnosa medis pasien.
- b. Sesi 2: Memberikan pendidikan kesehatan tentang aktifitas yang boleh/ tidak boleh dilakukan setelah pulang sesuai dengan diagnosa medis pasien.
- c. Sesi 3: Memberikan pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala bahaya yang harus segera dirujuk ke rumah sakit sesuai dengan diagnosa medis pasien.
- d. Sesi 4: Memberikan pendidikan kesehatan tentang obat-obatan yang harus diminum setelah pulang sesuai dengan diagnosa medis pasien.

Prosedur dan langkah masing-masing sesi sebagaimana dalam lampiran 7a, 7b, 7c, dan 7d. Sedangkan materi pendidikan kesehatan yang harus disampaikan kepada pasien yang disesuaikan dengan diagnosa medis terlampir dalam lampiran 7e, 7f, 7g, 7h, 7i, dan 7j.

### 3. Tahap Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk mengetahui dan memastikan bahwa pasien telah memahami penjelasan yang telah diberikan. Evaluasi dilaksanakan 2 kali yaitu pada akhir setiap sesi pelaksanaan pemberian pendidikan kesehatan dan pada akhir perawatan/ ketika pasien akan meninggalkan rumah sakit. Evaluasi dilaksanakan secara lisan dengan bertanya kepada pasien dan pasien menjawab pertanyaan dengan benar.

## G. Tempat dan Waktu Pelaksanaan

Pelaksanaan pendidikan kesehatan di ruang tempat pasien dirawat dan dilaksanakan dalam 4 sesi. Tiap sesi membutuhkan waktu  $\pm$  20 menit, seperti pada tabel berikut:

Sesi 1 Hari ke 3 rawat inap	Sesi 2 Hari ke 4 rawat inap	Sesi 3 Hari ke 5 rawat inap	Sesi Hari ke 5 rawat inap
Pemberian penjelasan tentang nutrisi yang harus dipatuhi dan dihindari pasien.	Pemberian penjelasan tentang aktivitas yang harus dijalankan dan dihindari pasien	Pemberian penjelasan tentang tanda dan gejala komplikasi/keadaan yang memburuk dan tempat rujukannya	Pemberian penjelasan tentang obat yang diminum pasien.

### Catatan:

Hari lain sesudah diintervensi dan sebelum pasien pulang digunakan untuk mengevaluasi dan mengklarifikasi materi pendidikan kesehatan yang telah diberikan.

## H. Penutup

Pedoman ini dibuat sebagai petunjuk bagi perawat yang akan melakukan pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang di RSD Kabupaten Madiun. Partisipasi perawat sebagai tim pendidikan kesehatan sangat penting dalam menentukan keberhasilan penelitian, sehingga akhirnya dapat bermanfaat bagi pasien dan rumah sakit.

Lampiran 7a

## PEDOMAN PELAKSANAAN PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG NUTRISI BAGI PASIEN

### A. Tujuan Umum

Setelah selesai mengikuti pendidikan kesehatan, pasien mampu memahami nutrisi bagi pasien setelah pulang dari rumah sakit sebagai upaya program pengobatan dan pemulihan untuk mengembalikan ke kondisi sebelum sakit.

**B. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti proses pendidikan kesehatan, pasien dapat menjelaskan tentang:

1. Makanan yang boleh dikonsumsi setelah pulang dari rumah sakit.
2. Makanan yang harus dihindari/ tidak boleh dikonsumsi setelah pulang dari rumah sakit.

**C. Pengaturan Ruang**

1. Pertemuan dilaksanakan di ruangan rawat inap pasien.
2. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.
3. Pasien sambil berbaring atau duduk beradapan dengan perawat.

**D. Metode dan Media Pendidikan Kesehatan**

1. Metode yang digunakan adalah ceramah dan tanya jawab
2. Media yang digunakan *leaflet*

**E. Prosedur pelaksanaan**

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Fasilitator
1.	Pembukaan	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam</li> <li>2. Menanyakan kabar dan perasaan pasien saat itu</li> <li>3. Menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilakukan</li> </ol>

2.	Pengembangan	15 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertanya apakah pasien sudah mengenal tentang makanan yang harus dikonsumsi dan yang tidak boleh dikonsumsi berhubungan dengan penyakitnya.</li> <li>2. Menjelaskan tentang makanan yang boleh dikonsumsi oleh pasien setelah pasien pulang dari rumah sakit.</li> <li>3. Menjelaskan tentang alasan mengapa makanan tersebut boleh dikonsumsi oleh pasien.</li> <li>4. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang hal yang belum jelas.</li> <li>5. Menjawab pertanyaan pasien</li> <li>6. Menjelaskan tentang makanan yang tidak boleh dikonsumsi oleh pasien setelah pasien pulang dari rumah sakit.</li> <li>7. Menjelaskan tentang alasan mengapa makanan tersebut tidak boleh dikonsumsi oleh pasien</li> <li>8. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang hal yang belum jelas.</li> <li>9. Menjawab pertanyaan pasien</li> </ol>
3.	Penutup	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merangkum materi yang telah dibahas.</li> <li>2. Mengevaluasi dengan tes lisan.</li> <li>3. Memberikan salam penutup</li> </ol>

**PEDOMAN PELAKSANAAN PENDIDIKAN KESEHATAN  
TENTANG AKTIFITAS BAGI PASIEN**

**A. Tujuan Umum**

Setelah selesai mengikuti pendidikan kesehatan, pasien mampu memahami aktifitas bagi pasien setelah pulang dari rumah sakit sebagai upaya program pengobatan dan pemulihan untuk mengembalikan ke kondisi sebelum sakit.

**B. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti proses pendidikan kesehatan, pasien dapat menjelaskan tentang:

1. Aktifitas yang boleh dilakukan setelah pulang dari rumah sakit .
2. Aktifitas yang tidak boleh dilakukan setelah pulang dari rumah sakit.

**C. Pengaturan Ruang**

1. Pertemuan dilaksanakan di ruangan rawat inap pasien.
2. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.
3. Pasien sambil berbaring atau duduk beradapan dengan perawat.

**D. Metode dan Media Pendidikan Kesehatan**

1. Metode yang digunakan adalah ceramah dan tanya jawab
2. Media yang digunakan *leaflet*

**E. Prosedur pelaksanaan**

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Fasilitator
1.	Pembukaan	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam</li> <li>2. Menanyakan kabar dan perasaan pasien saat itu</li> <li>3. Menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilakukan</li> </ol>
2.	Pengembangan	15 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertanya apakah pasien telah mengetahui tentang aktifitas yang boleh/ tidak boleh dilakukan berhubungan dengan penyakitnya.</li> <li>2. Menjelaskan tentang aktifitas yang boleh dilakukan oleh pasien setelah pasien pulang dari rumah sakit.</li> <li>3. Menjelaskan tentang alasan mengapa aktifitas tersebut boleh dilakukan oleh pasien.</li> <li>4. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang hal yang belum jelas.</li> <li>5. Menjawab pertanyaan pasien</li> <li>6. Menjelaskan tentang aktifitas yang tidak boleh dilakukan oleh pasien setelah pasien pulang dari rumah sakit.</li> <li>7. Menjelaskan tentang alasan mengapa aktifitas tersebut tidak boleh dilakukan oleh pasien</li> <li>8. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang hal yang belum jelas.</li> <li>9. Menjawab pertanyaan pasien</li> </ol>
3.	Penutup	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merangkum materi yang telah dibahas.</li> <li>2. Mengevaluasi dengan tes lisan</li> <li>3. Memberikan salam penutup</li> </ol>



**PEDOMAN PELAKSANAAN PENDIDIKAN KESEHATAN  
TENTANG TANDA DAN GEJALA BAHAYA**

**A. Tujuan Umum**

Setelah selesai mengikuti pendidikan kesehatan, pasien mampu memahami tanda dan gejala bahaya yang harus dirujuk ke rumah sakit sebagai upaya program pengobatan dini dan pencegahan komplikasi lebih lanjut.

**B. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti proses pendidikan kesehatan, pasien dapat menjelaskan tentang:

1. Tanda dan gejala penyakit yang diderita pasien.
2. Tanda dan gejala bahaya yang harus segera dirujuk ke rumah sakit.

**C. Pengaturan Ruang**

1. Pertemuan dilaksanakan di ruangan rawat inap pasien.
2. Suasana ruangan harus nyaman dan tenang.

3. Pasien sambil berbaring atau duduk beradapan dengan perawat.

#### D. Metode dan Media Pendidikan Kesehatan

1. Metode yang digunakan adalah ceramah dan tanya jawab
2. Media yang digunakan *leaflet*

#### E. Prosedur pelaksanaan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Fasilitator
1.	Pembukaan	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam</li> <li>2. Menanyakan kabar dan perasaan pasien saat itu</li> <li>3. Menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilakukan</li> </ol>
2.	Pengembangan	15 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertanya apakah pasien telah mengetahui tentang tanda dan gejala penyakitnya.</li> <li>2. Bertanya tentang tanda dan gejala bahaya yang harus segera dirujuk ke rumah sakit.</li> <li>3. Menjelaskan tentang tanda dan gejala penyakit yang diderita pasien.</li> <li>4. Menjelaskan tentang tanda dan gejala bahaya yang harus segera dirujuk ke rumah sakit setelah pasien pulang.</li> <li>5. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang hal yang belum jelas</li> <li>6. Menjawab pertanyaan pasien</li> <li>7. Menjelaskan tentang pertolongan darurat yang dapat dilakukan jika mengalami tanda dan gejala bahaya/ komplikasi.</li> <li>8. Menjelaskan tentang tempat rujukan yang dapat digunakan oleh pasien</li> <li>9. Memberi kesempatan pasien untuk bertanya tentang hal yang belum jelas.</li> <li>10. Menjawab pertanyaan pasien</li> </ol>

3.	Penutup	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merangkum materi yang telah dibahas.</li> <li>2. Mengevaluasi dengan tes lisan</li> <li>3. Memberikan salam penutup</li> </ol>
----	---------	---------	--

Lampiran 7d

**PEDOMAN PELAKSANAAN PENDIDIKAN KESEHATAN  
TENTANG OBAT BAGI PASIEN**

**A. Tujuan Umum**

Setelah selesai mengikuti pendidikan kesehatan, pasien mampu memahami tentang obat yang harus diminum oleh pasien setelah pulang dari rumah sakit sebagai upaya program pengobatan, pencegahan komplikasi dan pemulihan kondisi.

**B. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti proses pendidikan kesehatan, pasien dapat menjelaskan tentang:

1. Macam obat yang harus diminum setelah pulang dari rumah sakit.
2. Cara minum obat yang benar.
3. Tujuan pemberian obat.



2.	Pengembangan	15 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertanya pada pasien apakah sudah mengetahui tentang obat yang harus diminum.</li> <li>2. Memberi kesempatan pasien untuk menjawab pertanyaan</li> <li>3. Menjelaskan tentang obat yang harus diminum setelah pasien pulang dari rumah sakit.</li> <li>4. Menjelaskan tentang cara minum obat yang benar.</li> <li>5. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang hal yang belum jelas.</li> <li>6. Menjawab pertanyaan pasien.</li> <li>7. Menjelaskan tentang tujuan dan manfaat dari obat yang diberikan.</li> <li>8. Menjelaskan tentang efek yang dikehendaki/tidak dari obat yang diminum pasien.</li> <li>9. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang hal yang belum jelas.</li> <li>10. Menjawab pertanyaan pasien</li> </ol>
3.	Penutup	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merangkum materi yang telah dibahas.</li> <li>2. Mengevaluasi dengan tes lisan.</li> <li>3. Memberikan salam penutup</li> </ol>

## PENDIDIKAN KESEHATAN PASIEN TUBERCULOSIS/ TBC

### A. Pengertian Penyakit TBC

Penyakit TBC adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Micobakterium tuberculosis*. Bakteri ini berbentuk batang dan bersifat tahan asam sehingga dikenal juga sebagai Batang Tahan Asam (BTA).

### B. Cara Penularan Penyakit TBC

Penyakit TBC menular melalui udara yang tercemar oleh *Micobakterium tuberculosis* yang dilepaskan pada saat penderita batuk. Bakteri akan masuk dan berkembang biak ke dalam paru serta membentuk koloni yang berbentuk *globular*/ bulat. Pertumbuhan bakteri akan dihambat dengan pembentukan dinding oleh sel paru yang menyebabkan terjadinya jaringan parut dan bakteri TBC akan menjadi *dormant* (istirahat). Bakteri juga dapat menyebar melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening.

Orang yang memiliki sistem imun yang baik, bentuk *dormant* akan tetap sepanjang hidupnya. Orang dengan kekebalan tubuh kurang, bakteri berkembangbiak sehingga tuberkel bertambah banyak, memproduksi *sputum* dan dinyatakan positif terinfeksi TBC.

### C. Tanda dan Gejala Penyakit TBC

Gejala penyakit TBC dapat dibagi menjadi gejala umum dan gejala khusus yang timbul sesuai dengan organ yang terlibat. Gambaran secara klinis tidak terlalu khas terutama pada kasus baru, sehingga cukup sulit untuk menegakkan diagnosa secara klinik.

## 1. Gejala sistemik/umum

- Demam lama yang tidak terlalu tinggi, terutama pada malam hari disertai keringat. Kadang-kadang demam seperti influenza dan bersifat hilang timbul.
- Penurunan nafsu makan dan berat badan.
- Batuk-batuk selama lebih dari 3 minggu (dapat disertai dengan darah).
- Perasaan tidak enak (*malaise*), lemah.

## 2. Gejala khusus

Gejala khusus tergantung dari organ tubuh yang terkena, yaitu:

- Sesak disertai wheezing dapat terjadi akibat penekanan kelenjar getah bening pada bronchus.
- Nyeri dada terjadi akibat adanya cairan dirongga *pleura*.
- Gejala infeksi tulang disertai keluarnya nanah pada kulit di atasnya.
- Gejala meningitis (demam tinggi, kesadaran menurun, kejang) pada anak-anak.

## D. Pengobatan TBC

Pengobatan TBC bertujuan untuk membunuh basil tuberkulosis dan mencegah kekambuhan. Waktu terapi antara 6–9 bulan yang terdiri dari obat primer dan sekunder:

- *Obat primer*, terdiri dari INH (isoniazid), Rifampisin, Etambutol, Streptomisin, Pirazinamid. Pengobatan primer dibagi dalam 3 kategori yaitu:

### \* Kategori 1 : 2HRZE/4H3R3

Selama 2 bulan minum obat INH, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol setiap hari (tahap intensif), dan 4 bulan selanjutnya minum obat INH dan rifampisin tiga kali dalam seminggu (tahap lanjutan). Diberikan kepada penderita baru TBC paru BTA positif dan TBC di luar paru yang berat.

### \* Kategori 2 : HRZE/5H3R3E3

Diberikan kepada, penderita kambuh, gagal terapi, setelah lalai minum obat.

### \* Kategori 3 : 2HRZ/4H3R3

Diberikan kepada penderita BTA (+) dan rontgen paru mendukung aktif.

Dosis obat yang diberikan adalah:

Obat	Dosis harian (mg/kgbb/hari)	Dosis 2x/minggu (mg/kgbb/hari)	Dosis 3x/minggu (mg/kgbb/hari)
INH		5-15 (maks 300 mg)	15-40 (maks 900 mg)
Rifampisin		10-20 (maks 600 mg)	15-20 (maks 600 mg)
Pirazinamid		15-40 (maks. 2 g)	50-70 (maks. 4 g)
Etambutol		15-25 (maks. 2,5 g)	15-25 (maks. 2,5 g)
Streptomisin		15-40 (maks. 1 g)	25-40 (maks 1,5 g)

- *Obat sekunder* : Exionamid, Paraaminosalilat, Siklosetin, Amikasin, Kanamisin dan Kapreomisin.

**Hal-hal yang perlu dilakukan pasien selama menjalani pengobatan:**

- Berobat dengan teratur agar tidak menimbulkan resistensi.
- Jangan menghentikan minum obat sendiri.
- Dianjurkan meminum obat dalam keadaan perut kosong (pagi).
- Efek samping obat yang terjadi adalah mual, muntah, anoreksia, malaise, gangguan saluran pencernaan, neuritis perifer, neuritis optikus, alergi, demam, ruam, ikterus, psikosis, kejang, mengantuk, pusing, mulut kering, air kencing berwarna gelap, kekurangan vitamin B6, hiperglikemia, gejala reumatik.

**E. Nutrisi dan Aktifitas untuk penderita**

- Makan makanan yang bergizi, banyak mengandung karbohidrat, protein dan vitamin.
- Makanlah saat masih hangat dengan porsi kecil tetapi frekuensi sering.
- Perbanyak minum air ± 2 liter per hari
- Berhenti merokok
- Hindari minum minuman beralkohol.
- Istirahat cukup
- Olah raga secara teratur untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan nafsu makan.
- Hindari stress karena dapat menurunkan daya tahan tubuh

## **F. Pencegahan penularan**

TBC ditularkan melalui udara, sehingga upaya pencegahan yang harus dilakukan adalah:

- Upayakan sinar matahari pagi masuk ke rumah dan terjadi pertukaran udara di rumah untuk membunuh kuman.
- Teratur dalam menjalankan proses pengobatan
- Bila batuk, menutup mulut
- Buang dahak pada tempatnya yang telah diberikan obat desinfektan
- Pisahkan ruang tidur penderita dengan anggota keluarga lain.
- Memberikan imunisasi BCG pada bayi

Lampiran 7f

## **PENDIDIKAN KESEHATAN PASIEN HIPERTENSI**

### **A. Pengertian**

Tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah kondisi medis di mana terjadi peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam jangka waktu lama). Hipertensi biasanya terjadi pada tekanan darah 140/90 mmHg atau ke atas, diukur di kedua lengan tiga kali dalam jangka beberapa minggu pada saat istirahat. Tekanan darah yang selalu tinggi adalah salah satu faktor resiko untuk stroke, serangan jantung, gagal jantung dan aneurisma arterial, dan merupakan penyebab utama gagal jantung kronis.

### **B. Pengaturan tekanan darah**

Meningkatnya tekanan darah di dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu:

1. Jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya. Arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga mereka

tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Karena itu darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Keadaan ini terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis. Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi "vasokonstriksi", yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormon di dalam darah.

2. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh. Volume darah dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat. Sebaliknya, jika aktivitas jantung berkurang arteri mengalami pelebaran, sehingga cairan keluar dari sirkulasi dan tekanan darah menurun. Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan fungsi ginjal dan sistem saraf otonom.
3. Perubahan fungsi ginjal. Ginjal mengendalikan tekanan darah dengan cara a) menambah pengeluaran garam dan air jika tekanan darah meningkat, b) mengurangi pembuangan garam dan air jika tekanan darah menurun, dan c) menghasilkan renin yang memicu pembentukan hormon *angiotensin*, yang akan memicu pelepasan hormon *aldosteron*. Ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah; karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal bisa menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi.
4. Sistem saraf otonom. Sistem saraf simpatis merupakan sistem syaraf yang akan meningkatkan tekanan darah selama respon *fight-or-flight* (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar) dengan cara meningkatkan kecepatan dan kekuatan denyut jantung, mempersempit sebagian besar arteriola, tetapi memperlebar arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka) mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal, serta merangsang pelepasan hormon *epinefrin* dan *norepinefrin* yang merangsang jantung dan pembuluh darah.

### C. Tanda dan Gejala

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala, tetapi kadang menimbulkan gejala yang tidak khas. Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, rasa tegang di tengkuk, keletihan, telinga berdenging, sulit tidur, perdarahan dari hidung, wajah kemerahan dan kelelahan yang bisa saja terjadi baik pada penderita hipertensi, maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal.

Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, gelisah pandangan menjadi kabur karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal. Hipertensi berat dapat pula mengakibatkan stroke yang dapat berakibat terjadinya penurunan kesadaran dan bahkan koma karena terjadi pembengkakan otak. Keadaan ini disebut *ensefalopati hipertensif*, yang memerlukan penanganan segera.

#### **D. Faktor Risiko/ Penyebab**

Hipertensi berdasarkan penyebabnya dibagi menjadi 2 jenis :

1. Hipertensi primer/ esensial adalah hipertensi yang tidak/ belum diketahui penyebabnya (terdapat pada kurang lebih 90 % dari seluruh hipertensi).
2. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan/ sebagai akibat dari adanya penyakit lain. Akibat penyakit ginjal 5-10%, dan sekitar 1-2% karena kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB). Penyebab lain dari hipertensi adalah kegemukan, aktifitas kurang/ kurang olah raga, stres, minum minuman beralkohol, merokok, mengkonsumsi garam dan lemak berlebihan, .

#### **E. Pengaturan nutrisi**

Pengaturan nutrisi pada penderita hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, mengurangi berat badan, menurunkan kolesterol darah, mengurangi kelebihan garam dalam tubuh dan memperbaiki kerja pembuluh darah. Makanan yang harus diperhatikan penderita hipertensi adalah:

1. Kurangi konsumsi garam secara berlebih dalam makanan. Konsumsi garam yang

diperkenankan adalah < 1 sendok teh/ hari. Pasien harus menghindari makan ikan asin, telur asin, penyedap masakan, kecap, biscuit, makanan yang dikaleng.

2. Memperbanyak makanan yang berserat tinggi seperti pada sayur dan buah. Kebutuhan serat setiap hari antara 25-30mg.
3. Batasi mengkonsumsi makanan yang mengandung kolesterol tinggi, seperti pada makanan kuning telur, jeroan, udang, kepiting, otak, paru dan lain-lain. Sedangkan lemak yang boleh dikonsumsi adalah minyak ikan, minyak nabati (kacang tanah).
4. Membatasi minum kopi, karena kadar caffein yang ada di dalamnya menyebabkan peningkatan tekanan darah.
5. Menghindari merokok, karena kandungan nicotin yang ada didalamnya dapat menyebabkan kekakuan pembuluh darah yang menyebabkan hipertensi.
6. Hindari minuman yang beralkohol karena menyebabkan peningkatan tekanan darah.
7. Memperbanyak minum air putih. Konsumsi air putih rata-rata 1,5 – 2 L / hari.
8. Memperbanyak makanan yang mengandung kalsium (susu, keju), kalium (pisang, kentang, bayam, tomat, sereal) dan magnesium (sayuran hijau). Kalsium, kalium dan magnesium berfungsi untuk memperbaiki kerja jantung sehingga diharapkan akan menurunkan tekanan darah.

#### **F. Pengaturan aktifitas**

Penderita hipertensi perlu mengatur aktifitasnya untuk memperbaiki kerja jantung, menurunkan kolesterol darah dan menghindari kegemukan yang dapat meningkatkan tekanan darah. Aktifitas yang harus dilakukan penderita hipertensi adalah:

1. Jalan kaki 30- 60 menit sehari selama 4 - 7 kali seminggu.
2. Melakukan aktifitas sehari-hari/ bekerja seperti biasanya tetapi harus menghindari pekerjaan yang berat.
3. Cukup istirahat dan tidur. Istirahat akan menyebabkan penderita menjadi rileks sehingga akan memperbaiki kerja jantung dan pembuluh darah.
4. Hindari mengangkat beban yang berat atau mengejan yang dapat menyebabkan tekanan yang mendadak pada otot dan meningkatkan kerja jantung.

5. Hindari stress. Stress dapat memacu kerja jantung melalui rangsangan sistem saraf simpatis dari hipotalamus. Stress dapat dihindari dengan cara menilai sesuatu yang terjadi secara positif dan membagi tugas yang berat dengan orang lain serta banyak beristirahat. Relaksasi juga merupakan salah satu cara untuk menghindari stress.

## **G. Pengobatan**

Tujuan pengobatan hipertensi adalah menurunkan tekanan darah sampai dengan tingkat yang normal. Pengobatan dapat dilakukan dengan pengobatan medis dan tradisional. Pengobatan tradisional mempunyai efek yang lama dan perlu kesabaran dari penderita. Pengobatan secara medis memberikan dampak cepat, tetapi juga menimbulkan efek yang kurang dikehendaki. Efek tersebut antara lain: pusing ketika bangkit dari duduk/ berbaring, gangguan tidur, mulut kering, bingung, nyeri kepala, sulit buang air besar, batuk dan sering buang air kecil. Efek yang timbul tergantung pada obat yang diminum.

Lampiran 7g

### **Pendidikan Kesehatan Penderita Serangan Jantung**

#### **A. Pengertian**

Serangan jantung adalah suatu kondisi kerusakan bagian otot jantung (*myocardium*) akibat sangat berkurangnya pasokan darah. Berkurangnya pasokan darah ke jantung secara tiba-tiba dapat terjadi ketika salah satu nadi koroner terblokade selama beberapa saat, entah akibat *spasme* (mengencangnya nadi koroner) atau akibat penggumpalan darah (*thrombus*). Bagian otot jantung tersebut akan berhenti berfungsi dengan baik segera

setelah *spasme* reda dengan sendirinya, gejala-gejala hilang secara menyeluruh dan otot jantung berfungsi normal lagi. Keadaan Ini sering disebut *crescendo angina* atau *coronary insufficiency*. Sebaliknya, apabila pasokan darah ke jantung terhenti sama sekali, sel-sel yang bersangkutan mengalami perubahan yang permanen hanya dalam beberapa jam saja dan bagian otot jantung termaksud mengalami penurunan mutu atau rusak secara permanen. Otot yang mati ini disebut *infark*.

## B. Faktor Risiko

- Usia 45 tahun bagi pria dan 55 bagi wanita  
Sangat penting bagi kaum pria untuk menyadari kerentanan mereka dan mengambil tindakan positif untuk mencegah datangnya penyakit jantung. Bagi wanita, memasuki usia 55 tahun atau mengalami *menopause* dini (sebagai akibat operasi). Wanita mulai menyusul pria dalam hal resiko penyakit jantung setelah mengalami menopause.
- Riwayat penyakit jantung dalam keluarga  
Riwayat serangan jantung didalam keluarga sering merupakan akibat dari kadar kolesterol yang tidak normal.
- Diabetes  
Kebanyakan penderita diabetes meninggal bukanlah karena meningkatnya *kadar gula* darah, namun karena kondisi komplikasi jantung mereka.
- Merokok  
Resiko penyakit jantung dari merokok setara dengan 100 pon kelebihan berat badan.
- Tekanan darah tinggi (hipertensi)
- Kegemukan (obesitas)
- Gaya hidup buruk  
Gaya hidup yang buruk seperti kurang aktifitas fisik dan pola makan tinggi lemak merupakan salah satu akar penyebab penyakit jantung.
- Stress  
Banyak penelitian yang sudah menunjukkan bahwa, bila menghadapi situasi yang

tegang, dapat terjadi *aritmia* jantung yang membahayakan jiwa.

### C. Tanda dan Gejala

Gejala-gejala ini untuk setiap orang bisa berbeda. Serangan jantung mungkin dimulai dengan rasa sakit yang tidak jelas, rasa tidak nyaman yang samar, atau rasa sesak di bagian tengah dada atau hanya rasa tidak nyaman yang ringan sekali sehingga sering dianggap sebagai gangguan pencernaan, atau tidak mendapat perhatian.

Serangan jantung mungkin juga menimbulkan rasa nyeri hebat disertai rasa sesak yang luar biasa atau rasa terjepit pada dada, tenggorokan atau perut. Bisa juga mengucurkan keringat panas atau dingin, kaki terasa sakit sekali dan rasa ketakutan bahwa ajal sudah mendekat. Pasien mungkin merasa lebih nyaman bila duduk dibanding bila berbaring dan mungkin nafas begitu sesak sehingga tidak bisa santai. Rasa mual dan pusing bahkan sampai muntah, bahkan yang lebih parah yaitu ketika sampai *kolaps/ pingsan*.

Ada beberapa gejala yang lebih spesifik, antara lain:

- Nyeri. Jika otot tidak mendapatkan cukup darah, maka oksigen tidak memadai dan hasil metabolisme yang berlebihan menyebabkan kram atau kejang. Angina merupakan perasaan sesak di dada atau perasaan dada diremas-remas, yang timbul jika otot jantung tidak mendapatkan darah yang cukup. Jenis dan beratnya nyeri atau ketidaknyamanan ini bervariasi pada setiap orang. Beberapa orang bisa tidak merasakan nyeri sama sekali (disebut *silent ischemia*).
- Sesak nafas merupakan gejala yang biasa ditemukan pada gagal jantung. Sesak merupakan akibat dari masuknya cairan ke dalam rongga udara di paru-paru (kongesti pulmoner atau edema pulmoner).
- Kelelahan atau kepenatan. Jika jantung tidak efektif memompa, maka aliran darah ke otot selama melakukan aktivitas akan berkurang, menyebabkan penderita merasa lemah dan lelah. Gejala ini seringkali bersifat ringan. Penderita perlu mengurangi aktivitasnya secara bertahap atau mengira gejala ini sebagai bagian dari penuaan.

- Palpitasi (jantung berdebar-debar)
- Pusing & pingsan. Penurunan aliran darah karena denyut atau irama jantung yang abnormal atau karena kemampuan memompa yang buruk, bisa menyebabkan pusing dan pingsan.

#### **D. Pengaturan pola makan**

Pola makan mempunyai peran besar dalam menimbulkan serangan jantung. Pola makan yang harus dipatuhi pasien untuk mencegah serangan ulang penyakit jantung adalah sebagai berikut:

##### 1. Kurangi lemak jenuh dan perbanyak sayuran dan buah

Makanan yang rendah serat banyak mengandung lemak bisa mengakibatkan kolesterol tinggi. Jenis makanan yang mengandung lemak tinggi adalah makanan gorengan, daging berlemak, jeroan, kulit ayam, kuning telur dan fastfood. Kandungan lemak yang sulit terbakar metabolisme bisa membentuk plak yang bisa menghambat aliran darah. Perbanyak makan sayuran dan buah-buahan karena punya kandungan serat yang menghambat dan menghancurkan lemak.

Penelitian di Harvard School of Public Health menyebutkan, mengonsumsi ikan 2 kali dalam seminggu dapat menurunkan risiko terkena serangan jantung hingga 30%. Kata kuncinya adalah omega-3. Studi lain menyebutkan, pria yang memiliki kandungan omega-3 tinggi dalam darahnya, risiko mati mendadak akibat serangan jantung turun hingga 10%. Penelitian terbaru USDA's Agriculture, semangka memiliki lebih 40% lycopene dibanding kentang kentang. Makan setengah semangka, menjadi tindakan yang preventif yang bisa menurunkan resiko terkena penyakit jantung hingga 30%.

##### 2. Minum 5 gelas air setiap hari

Studi di Loma Linda University menyebutkan, pria yang minum banyak dan punya cangkris yang besar kemungkinan terkena serangan jantung fatal turun hingga 54% ketimbang pria yang hanya minum 2 gelas air sehari. Para peneliti mengatakan air mengencerkan darah, membuatnya sulit membeku.

### 3. Ganti kopi dengan teh

Studi yang dilakukan di Belanda menemukan, orang yang minum 3 cangkir teh setiap hari hanya memiliki resiko sebesar 50% terkena serangan jantung ketimbang mereka yang tidak pernah minum teh sama sekali. Antioksidan yang manjur, disebut flavonoid, dalam teh merupakan efek protektif terhadap serangan jantung.

### 4. Jaga berat badan

Kegemukan atau keberatan tubuh pertanda kelebihan persediaan lemak yang menghambat metabolisme dalam tubuh. Kegemukan juga berarti menambah beban jantung sehingga mengganggu gerakan yang efisiensi. Studi Mayo klinik selama 10 tahun menemukan, orang yang kelebihan berat badan akan terkena serangan jantung 3,6 tahun lebih awal daripada orang yang berat badannya normal

### 5. Hindari rokok

Nikotin dalam asap rokok dapat merangsang hormon adrenalin yang bisa mengganggu metabolisme lemak. Tingkat kolesterol LDL (buruk) akan naik, sementara tingkat kolesterol HDL (baik) justru menurun. Proses ini bisa mengakibatkan darah lebih kental sehingga memudahkan timbulnya plak dan menghambat aliran darah.

### 6. Minum vitamin E, Aspirin dan asam folat

Menurut study terbaru di University of Pennsylvania, vitamin E dan aspirin merupakan antioksidan dan pembersih saluran darah yang dapat mengurangi kemungkinan terjadinya plak dalam saluran darah hingga 80%. Penelitian para ahli dari Tulane University menyebutkan, mengkonsumsi sekitar 400 mcg asam folat setiap hari akan memotong risiko Anda terkena serangan jantung hingga 13%.

## **E. Pengaturan aktifitas**

Aktifitas yang diperlukan untuk mencegah terjadinya serangan jantung adalah:

### 1. Perbanyak Olahraga

Fungsi olahraga antara lain membuang kelebihan kalori yang dibutuhkan oleh tubuh,

menghancurkan kandungan lemak dan memperbaiki metabolisme. Kalori lebih yang tak terbuang, lemak yang menumpuk akan memudahkan aliran darah terhambat. Penelitian di Amerika menunjukkan, mereka yang bisa membuang lebih dari 2000 kalori per minggu punya harapan hidup lebih panjang dibanding yang tidak. Pembakaran kalori sebanyak itu tak cukup dengan aktivitas kerja, tapi harus dengan olahraga. Naik sepeda, jogging, berenang, berlari secara rutin adalah olahraga yang bisa membakar besar kelebihan kalori.

2. Jalan, lari atau mengangkat beban selama 30 menit 4 kali seminggu

Menurut *New England Journal of Medicine*, seseorang yang berlatih penuh semangat selama 2 jam lebih selama seminggu secara kumulatif, risikonya terkena serangan jantung hingga 60% ketimbang pria yang tidak aktif. Demikian.

3. Hindari stress

Stres menyebabkan seluruh jaringan tubuh bekerja ekstra, termasuk jantung. Stres juga merangsang pembentukan adrenalin yang bisa berpengaruh buruk pada pembuluh jantung, sehingga beban kerja jantung meningkat dan rawan terkena penyakit jantung. Menurut para ahli di Johns Hopkins University, salah satu cara untuk mengurangi stress adalah menghitung angka 1-10 sebelum bereaksi pada situasi yang membuat stress, yang membuat kita merasa lebih tenang. Orang yang 'ngamuk' ketika menghadapi stress, berisiko 3 kali lipat terkena penyakit jantung dan 5 kali lebih mungkin terkena serangan jantung sebelum usia 55 tahun.

Lampiran 7h

**PENDIDIKAN KESEHATAN PASIEN  
HEPATITIS**

## **A. Pengertian**

Hepatitis adalah peradangan dari sel-sel hati yang meluas yang sering diakibatkan oleh virus atau bahan kimia dari inhalasi, ingesti, atau pemberian obat secara parenteral.

Jenis hepatitis yang paling banyak menyerang adalah:

1. Hepatitis A, disebabkan oleh virus RNA dari golongan enterovirus. Penularan virus melalui air/ makanan yang terkontaminasi, aktivitas sex oral-anal, aliran darah. Masa inkubasi antara dua sampai enam minggu dengan rata-rata waktu empat minggu.
2. Hepatitis B yang disebabkan oleh virus Hepatitis B (HBV) yaitu partikel double-sheer berisi DNA yang terdiri dari antigen (HBcAg), permukaan antigen ( HBsAg) dan protein independent ( HBeAg ) dalam sirkulasi darah. Penularan hepatitis B dapat melalui membran mukosa, kontak dengan cairan tubuh (semen, saliva , darah), kontaminasi dengan luka yang terbuka, peralatan dan perlengkapan yang terkontaminasi (jarum suntik, transfusi darah, alat suction, prosedur pembedahan).

## **B. Tanda dan gejala**

Tanda dan gejala yang sering dialami pasien hepatitis adalah:

Perasaan umum yang tidak nyaman, lemah, nyeri otot dan sendi, sakit kepala, mual dan muntah, nyeri pada perut kanan atas, kuning pada kulit dan mata, kadang merasa demam dengan suhunya mungkin diantara 38C – 40C.

## **C. Pedoman Pemberian Nutrisi**

Pemberian nutrisi bertujuan untuk meningkatkan regenerasi sel-sel hepar. Pedoman nutrisi yang perlu dilaksanakan adalah:

- ★ Diet tinggi kalori/ karbohidrat dan protein
- ★ Frekuensi makan sering dengan porsi sedikit.
- ★ Hindari makanan yang berlemak/ gorengan.
- ★ Rawat mulut sebelum makan untuk meningkatkan nafsu makan

- ★ Hindari minum alkohol
- ★ Hindari minum obat yang tidak diresepkan oleh dokter, misalnya acetaminophen selama 3-12 bulan.
- ★ Usahakan menggunakan peralatan makan tersendiri untuk mencegah penularan.
- ★ Makan makanan yang telah dimasak.
- ★ Cuci tangan sebelum makan

#### **D. Pedoman Melakukan Aktifitas dan pencegahan penularan**

Aktifitas pada penderita sirosis hepatis perlu diatur dengan tujuan untuk mengurangi metabolisme hepar dan meningkatkan suplay darah ke hepar. Pedoman aktifitas yang perlu ditaati oleh penderita adalah:

- ★ Istirahat ditempat tidur, tidur di malam hari cukup.
- ★ Mengurangi aktifitas.
- ★ Diperbolehkan membaca majalah, buku, koran, melihat TV.
- ★ Senantiasa menjaga kebersihan diri dan lingkungan.
- ★ Menghindari penularan melalui makanan & minuman yang terkontaminasi, suntikan, tato, tusukan jarum yang terkontaminasi, kegiatan seksual, dll.
- ★ Program vaksinasi hepatitis B

#### **E. Komplikasi**

Hepatitis akut dapat mengakibatkan terjadinya hepatitis kronik aktif yang di manifestasikan:

- Gejala klinik persistent dan hepatomegali. Kegagalan sel liver untuk regenerasi, dengan kemajuan proses nekrotik dihasilkan secara hebat, sering membentuk hepatitis yang fatal yang lebih dikenal dengan hepatitis fulminan. Dalam beberapa kasus hepatitis fulminan dengan kematian mungkin terjadi.
- Sirosis hepatis. Pada seseorang dengan hepatitis kronik aktif (CAH) kerusakan liver yang meningkat dan dikarakteristikkan oleh nekrosis hepatitis secara terus – menerus, inflamasi akut dan fibrosis.

## **PENDIDIKAN KESEHATAN PENDERITA GASTRITIS/ TUKAK LAMBUNG**

### **A. Pengertian**

Gastritis adalah peradangan pada mukosa lambung setelah terpapar zat-zat iritan. Secara normal lambung berfungsi sebagai barier, yaitu melindungi pengrusakan saluran pencernaan dari asam lambung. Jika fungsi barier lambung terganggu maka mukosa lambung akan menjadi iritasi akibat stimulasi saraf cholinergik dan peningkatan histamin.

Asam lambung akan berdifusi kembali ke dalam mukosa dan merusak pembuluh darah kecil dan menyebabkan edema mukosa, perdarahan dan erosi pada mukosa.

Pada fase awal (gastritis akut) proses radang akan terjadi mukosa hiperemis dan menebal. Tahap selanjutnya (gastritis kronik) menyebabkan atropi kelenjar lambung dan mukosa menjadi tipis. Sekresi faktor instrinsik juga akan terganggu sehingga terjadi anemia perniciososa.

### **B. Penyebab**

Gastritis/ tukak lambung sering berhubungan dengan kondisi-kondisi sebagai berikut:

*Helicobacter pylori* merupakan faktor utama dalam patogenesis tukak lambung.

Penggunaan obat-obatan, seperti; kortikosteroid, analgesik (khususnya obat anti inflamatory non steroid) dalam jumlah besar; obat xytotoxic; cafeine, merupakan faktor yang memberikan kontribusi terjadinya tukak lambung.

Stress emosional, memberikan kontribusi terjadinya tukak lambung.

Pola makan tidak teratur waktunya.

Sering makan makanan yang asam (nanas, kedondong, rujak, dll), makanan yang pedas (sambal, cabai, saos, dll) dan makanan yang banyak mengandung gas (kubis, nangka, sawi, dll)

Minum kopi atau minuman yang mengandung caffein.

Minum minuman beralkohol

Kebiasaan merokok

### **C. Tanda dan Gejala**

Tanda utama dari dari gastritis adalah nyeri ulu hati yang diperburuk dengan makanan. Nyeri ini sering disertai pula dengan rasa mual dan muntah, pusing, keringat dingin, denyut nadi cepat dan penurunan tekanan darah.

Gejala lain yang perlu diperhatikan untuk segera dirujuk ke rumah sakit adalah mulai merasakan nyeri lambung pada usia > 50 th, muntah darah/ muntahan berwarna darah/ hitam, berat badan turun lebih dari 5%, merasakan adanya benjolan di perut, sesak napas, nyeri menjalar ke leher, rahang, bahu atau tangan, keluar keringat dingin saat nyeri dan serangan nyeri lambung yang sering (2 – 3 kali seminggu).

Akibat lanjut dari gastritis apabila tidak mendapatkan pengobatan adalah; perdarahan lambung, luka pada dinding lambung, kebocoran pada dinding lambung, gangguan penyerapan makanan dan kanker lambung.

### **D. Pedoman Nutrisi**

Tujuan pengaturan diet pada penderita gastritis adalah memberikan kenyamanan/ mengurangi nyeri ulu hati setelah makan dengan pemberian makanan yang tidak menyebabkan iritasi lambung. Makanan ini diharapkan dapat mencegah peningkatan produksi asam lambung secara berlebihan dan mendadak yang dapat meningkatkan proses pencernaan.

Pedoman diet yang harus dijalankan pasien adalah:

Upayakan makan dengan pola yang teratur (3 kali sehari) sehingga produksi asam lambung dapat terkontrol.

Makankah snack diantara waktu makan jika ini membantu mengurangi rasa nyeri.

Pada saat serangan, makanlah makanan lunak dengan porsi kecil tapi sering.

Jika mual, minumlah air hangat manis sebelum makan.

Minum susu dianjurkan dalam porsi kecil ( $\pm$  150 cc) sebelum tidur untuk menetralkan asam lambung.

Sediakan makanan yang banyak mengandung protein

Hindari makanan (berat maupun ringan) 1 jam sebelum tidur.

Hindari makanan atau minuman yang mengandung coklat, caffeine, cola, cabe/ pedas, cuka/ asam karena dapat meningkatkan produksi asam lambung.

Hindari makanan berserat tinggi dan lemak pada serangan akut karena makanan ini sulit dicerna.

Hindari makanan yang menimbulkan gas (kol, sawi, nangka, duren)

Hindari alkohol dan rokok, karena zat ini dapat meningkatkan produksi asam lambung dan merusak lapisan pelindung mukosa yang melindungi saluran pencernaan dari kerusakan.

Antisipasi peningkatan kebutuhan akan antasida selama periode – periode stress.

#### **E. Upaya Lain Mengurangi Nyeri lambung**

Upaya lain yang diperlukan untuk mengurangi nyeri lambung adalah:

1. Berikan kompres air hangat di daerah ulu hati (botol air dilapisi handuk)
2. Atur posisi tidur: kepala lebih tinggi 10-14 cm dan ganjal kedua lutut dengan bantal.
3. Makanlah 2–3 jam sebelum tidur, bila sangat mengantuk tidurlah di kursi.
4. Hindari makan terlalu banyak
5. Kurangi berat badan jika kelebihan berat badan.
6. Hindari penggunaan obat-obatan seperti analgesik (salisilat), kortikosteroid dan obat lain yang dapat menyebabkan iritasi lambung.
7. Mengurangi stress psikologik dengan cara meningkatkan relaksasi dan tidur malam secara teratur dan olah raga secara teratur



## PENDIDIKAN KESEHATAN PENDERITA DIABETES MELLITUS

### A. Pengertian

Diabetes mellitus adalah suatu penyakit dimana kadar *glukosa* dalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunakan *insulin* secara cukup atau penyakit akibat kurang *insulin* tubuh sehingga menimbulkan gangguan *metabolisme gula*.

### B. Penyebab

Diabetes mellitus disebabkan oleh kurangnya produksi *insulin* (*diabetes mellitus tipe 1*), atau kurang sensitifnya jaringan tubuh terhadap *insulin* (*diabetes mellitus tipe 2*).

### C. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala awal *diabetes mellitus* terdiri dari 3 macam yaitu adalah *polyuria* (*sering kencing*), *polydipsia* (*sering haus dan minum*) dan *polyphagia* (*banyak makan*). Gejala ini berhubungan dengan efek langsung dari kadar gula darah yang tinggi (*lebih dari 160-180 mg/dL*). Kadar gula yang tinggi menyebabkan ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar *glukosa* yang hilang, maka penderita sering berkemih dalam jumlah yang banyak. Produksi *kencing* yang banyak menyebabkan penderita merasakan haus yang berlebihan sehingga banyak minum. Produksi *kencing* yang berlebihan juga

menyebabkan sejumlah besar kalori hilang sehingga penderita mengalami penurunan berat badan dan sering merasakan lapar yang luar biasa sehingga banyak makan. Gejala lainnya adalah pandangan kabur, pusing, mual dan berkurangnya ketahanan selama melakukan olah raga

Pada diabetes tipe II gejala ini bisa dapat timbul beberapa tahun setelah menderita diabetes atau setelah kekurangan insulin yang parah. Jika kadar gula darah sangat tinggi ( $>$  dari 1.000 mg/dL), biasanya akibat stres, infeksi atau obat), maka penderita akan mengalami dehidrasi berat, yang bisa menyebabkan kekacauan mental, pusing, kejang dan suatu keadaan yang disebut koma hiperglikemik-hiperosmolar non-ketotik.

Diabetes merupakan penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit lain akibat kadar gula darah yang tinggi terus menerus. Tingginya kadar gula darah menyebabkan pembuluh darah menebal dan mengalami kebocoran, sehingga aliran darah berkurang, terutama yang menuju ke kulit dan saraf. Kadar gula darah yang tinggi juga menyebabkan kadar lemak dalam darah meningkat, sehingga mempercepat terjadinya *aterosklerosis*.

Gangguan sirkulasi darah pada pembuluh darah besar (*makroangiopati*) dapat menyebabkan gangguan otak, jantung, dan pembuluh darah kaki, sedangkan gangguan pembuluh darah kecil (*mikroangiopati*) bisa melukai mata, ginjal, saraf dan kulit serta memperlambat penyembuhan luka.

Gangguan pembuluh darah mata bisa menyebabkan gangguan penglihatan akibat kerusakan retina mata (*retinopati diabetikum*). Gangguan pembuluh darah ginjal menyebabkan *gagal ginjal*. Gangguan saraf dapat menyebabkan kelainan fungsi saraf (*mononeuropati*), maka sebuah lengan atau tungkai biasa secara tiba-tiba menjadi lemah.

Jika saraf yang menuju ke tangan, tungkai dan kaki mengalami kerusakan (*polineuropati diabetikum*), maka pada lengan dan tungkai bisa dirasakan kesemutan atau nyeri seperti terbakar dan kelemahan. Kerusakan saraf juga menyebabkan kulit sering mengalami cedera karena penderita tidak dapat merasakan perubahan tekanan maupun suhu.

Diabetes mellitus juga dapat menyebabkan gejala-gejala hipoglikemi, yaitu rasa lapar yang timbul secara tiba-tiba, sakit kepala, kecemasan yang timbul secara tiba-tiba, badan gemeteran, berkeringat, bingung, penurunan kesadaran sampai koma.

#### **D. Pengobatan Diabetes Mellitus**

Tujuan utama dari pengobatan diabetes adalah untuk mempertahankan kadar gula darah dalam batas yang normal. Pemantauan kadar gula darah secara teratur harus dilakukan secara mandiri dengan alat tes kadar gula darah sendiri di rumah atau dilakukan di laboratorium terdekat. Pengobatan diabetes terdiri dari pengaturan diet, olah raga dan pemberian obat antidiabet.

Obat yang digunakan untuk menurunkan kadar gula darah adalah oral antidiabet (OAD) seperti *glipizid*, *gliburid*, *tolbutamid* dan *klorpropamid*. Obat ini menurunkan kadar gula darah dengan cara merangsang pelepasan insulin oleh pankreas dan meningkatkan efektivitasnya. Obat lainnya, yaitu *metformin*, tidak mempengaruhi pelepasan insulin tetapi meningkatkan respon tubuh terhadap insulinnya sendiri. Bila obat ini tidak berhasil menurunkan kadar gula darah maka perlu diberikan insulin secara suntikan yang bekerja dalam waktu 20 menit dan mencapai puncaknya dalam waktu 2-4 jam, serta bekerja selama 6-8 jam.

#### **E. Pengaturan diet**

Pengaturan diet sangat penting bagi penderita diabetes untuk mengontrol kadar gula dalam darah. Diet sama pentingnya dengan obat. Beberapa petunjuk diet yang perlu diperhatikan penderita adalah:

- ♣ Prinsip diet adalah tepat jadwal, tepat jumlah kalori yang harus dihabiskan, dan tepat jenis makanan yang harus dihindari.
- ♣ Kumur sesudah makan sampai bersih.
- ♣ Pandai mengatur daftar makanan pengganti.
- ♣ Memantau berat badan.

- ♣ Makan pada waktu yang sama tiap hari untuk menyediakan hormon insulin sehingga kadar gula normal.
- ♣ Usahakan makan tiga kali sehari. Ikuti nasehat ahli diet atau dokter tentang makanan.
- ♣ Jika berat badan lebih, turunkan berat badan untuk menurunkan kadar gula darah dan kolesterol.
- ♣ Makan makanan yang banyak serat, seperti sayuran hijau, buah-buahan, karena serat menyebabkan perut terasa penuh.
- ♣ Hindari makanan berlemak seperti margarin, minyak kelapa dan kue kering.
- ♣ Makanlah makanan yang rendah kalori.
- ♣ Makanlah ikan 3 atau lebih dalam seminggu untuk memperoleh omega 3 yang melawan penyakit jantung.
- ♣ Gantilah gula dengan bahan pemanis seperti aspartame, saccharin, sucralose.
- ♣ Janganlah merokok karena merokok menyebabkan kadar gula darah akibat terganggunya kerja hormon insulin.
- ♣ Hindari makanan siap saji dengan kandungan kadar karbohidrat dan lemak tinggi.

#### **F. Pengaturan Aktifitas**

Pengobatan ketiga dari diabetes mellitus adalah pengaturan aktifitas dengan olah raga. Olah raga ini bermanfaat untuk membantu kerja hormon insulin sehingga kadar gula darah menurun, menurunkan kolesterol darah dan menurunkan berat badan. Aktifitas yang perlu diperhatikan penderita diabetes adalah:

- ω Gerak badan 1/2 - 1 jam setelah makan.
- ω Latihan rutin 2 - 3 kali/ minggu.
- ω Latihan disesuaikan dg kemampuan fisik dan latihan yang baik adalah jalan-jalan.

#### **G. Perawatan Kulit**

Angguan pada kulit merupakan salah akibat dari penyakit diabetes yang sering

menimbulkan masalah dan menimbulkan akibat yang berat seperti infeksi dan nekrosis/ gangren. Penderita perlu merawat kulit secara teratur dengan cara:

- ♣ Periksa kulit setiap hari setelah mandi terutama pada kaki dan lipatan kulit.
- ♣ Gunakan sepatu yang lunak, hak pendek dan jangan sempit
- ♣ Selalu menggunakan alas kaki, untuk menghindari terjadinya luka.
- ♣ Kuku sebaiknya dikikir, pemotongan jangan terlalu pendek.
- ♣ Cuci kaki dan keringkan, beri perhatian khusus sela-sela jari.
- ♣ Gunakan lotion / bedak bila kaki kering tapi tidak pada sela-sela, hindari merendam kaki dengan air hangat.
- ♣ Bila penglihatan menurun, minta bantuan orang lain dalam perawatan kaki
- ♣ Lakukan senam kaki secara teratur dengan menggerakkan jari dan kaki.
- ♣ Gunakan kaos kaki bila kaki kedinginan
- ♣ Bila luka tak sembuh-sembuh segera bawa ke rumah sakit.

### **pendidikan kesehatan pasien Batu Saluran Kencing**

Batu yang terdapat dalam ginjal atau lebih dikenali dengan "buah pinggang" terjadi dari tumbuhan kristal halus dari beberapa jenis kimia. Kimia yang paling lumrah adalah kalsium oxalat, kalsium pospat dan yang kurang dikenali ialah asid uric, cystine dan magnesium pospat ammonia.

Saiz batu karang ini ada yang halus seperti pasir dan boleh jadi sebesar bola golf. Kebanyakan batu tumbuh membesar dalam ginjal, kemudian bergerak ke bawah ke dalam saluran kencing dimana ianya menjadi bertambah besar.

Kesulitan akan timbul apabila batu-batu menjadi terlalu besar yang mengakibatkan

gangguan kepada perjalanan aliran air kencing. Ini boleh membawa kepada penyakit dimana kuman-kuman akan merebak. Gangguan dan/ atau perebakan kuman itu akan mengakibatkan kerosakan ginjal, jika tidak diubati segera. Adakah batu dalam ginjal penyakit biasa ?

Kejadian batu dalam ginjal ini adalah masalah biasa dalam saluran kencing. Adalah dianggarkan bahawa satu hingga lima peratus dari jumlah penduduk akan mengalami kejadian batu dalam ginjal ini pada sesuatu ketika dalam hidupnya.

Sesetengah orang mengalami kejadian batu karang hanya sekali, kemudian pulih dan tidak berulang lagi. Dalam kebanyakan kes batu dalam ginjal adalah penyakit berpanjangan seumur hidup. Biasanya orang lelaki pertengahan umur lebih ramai yang mengidap penyakit ini dari kaum wanita.

Ada diantara penyakit batu karang ini disebabkan oleh zuriat keturunan. Jika terdapat sejarah kejadian penyakit ini di kalangan anda, mintalah nasihat daripada doktor anda. Apakah tanda-tandanya ?

Batu dalam ginjal jarang-jarang menimbulkan masalah ketika ianya mula terjadi. Tetapi apabila batu-batu itu beralih atau bergerak di dalam ginjal atau di dalam saluran kencing, kesakitan yang amat sangat akan dirasakan dan pendarahan biasanya berlaku sehinggalah sesudah batu itu keluar.

Dalam sesetengah kes, batu itu tersekat menyebabkan kesakitan dan membahayakan apabila kuman itu merebak. Bila ini berlaku, tanda-tanda seperti berikut akan dirasakan iaitu pedih ketika buang air kecil, rasa loya dan air kencing berbau busuk. Ini memerlukan rawatan perubatan yang segera. Bagaimana batu dalam ginjal itu diubati ?

Pengobatan penyakit ini berbeza mengikut keadaan seseorang kes itu. Jika batu-batu ini dapat keluar dengan spontan maka pengobatannya ialah dengan mengelakkannya dari berlaku lagi. Dalam hal ini pesakit akan disuruh minum air dengan banyak, sebanyak 3 liter sehari. Cara ini akan dapat membersihkan ginjal. Makanan pesakit juga akan diubahsuai bagi mengurangkan bahan kimia yang terdapat dalam badan pesakit. Apabila batu itu keluar, pesakit hendaklah menyimpannya untuk dibuat kajian. Kajian ini perlu untuk para doktor bagi menentukan sebab-musabab terjadinya batu tersebut dan boleh pula membantu dalam rancangan pengobatan bagi mengelakkan berulang lagi penyakit ini.

Pengobatan telah berjaya didapati untuk menghancurkan batu asid uric dan systine. Dalam kes-kes yang lebih serius, apabila batu itu terlalu besar untuk keluar sendiri dan memudaratkan pesakit, suatu pembedahan adalah perlu.

Adalah penting diingatkan bahawa penyakit ginjal ini memerlukan pengobatan sepanjang hayat. Jika ianya tersekat dan perebakan kuman berlaku, maka ginjal atau buah pinggang tidak akan berfungsi lagi.

Penyakit gagal ginjal juga banyak dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan makanan. "Semakin makmur suatu masyarakat, semakin banyak terjadi endapan batu pada ginjal, dibandingkan pada kandung kemih," tambah Manuputty. Konsumsi minuman dan makanan yang kurang higienis memacu terjadinya air seni pekat, sehingga memudahkan terbentuknya infeksi atau kristal batu pada kandung kemih. Sebaliknya pola makan masyarakat maju yang cenderung memilih makanan berkadar kalsium-oksalat (misalnya makanan dengan olahan bahan susu, minuman cola, makanan bergaram tinggi, makanan manis, vitamin C dosis tinggi, kopi, teh kental, dll.) serta asam urat (tinggi protein), memudahkan terbentuknya endapan pada piala ginjal karena konsentrasi air seni cepat meningkat.

Di samping itu yang tak kalah pentingnya adalah faktor bakat atau warisan genetik seseorang. "Kalau salah satu sanak saudara kita ada yang menderita penyakit batu ginjal atau batu kemih, artinya kita mempunyai kecenderungan lebih besar terserang penyakit yang sama daripada orang lain."

Sekarang jumlah pasien batu kemih atau ginjal di RS PGI Cikini sekitar 530 orang per tahun. Usianya bervariasi, 20-an ke atas. Sementara itu dr. Puji Rahardjo dari RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo menambahkan, penyakit batu ginjal yang diderita 0,5% penduduk Indonesia ini lebih banyak menyerang kaum pria dibandingkan wanita. Bila 1 - 2% dari populasi diperiksa kadar kalsium air seninya akan meningkat, tetapi hanya 10% yang terkena penyakit batu ginjal. Hal ini, menurut dr. Puji, menunjukkan adanya faktor lain yang berperan dalam pembentukan batu selain bahan dasarnya. Faktor tersebut antara lain adalah kurangnya cairan tubuh yang menyebabkan produksi air seni sedikit dan pekat. Pada mereka yang setiap hari bekerja di udara terbuka (petani, pekerja lapangan) atau di ruang mesin yang panas, terutama yang kurang minum, akan cepat menimbulkan efek perubahan keasaman atau kebasaaan air seni. Masalahnya, di sini faktor penghambat pembentukan batu jadi berkurang atau hilang sama sekali. Atau, bisa pula terjadi peningkatan kalsium dalam urine karena mobilisasi kalsium tulang akibat seseorang tidak lagi bisa bergerak karena sakit lumpuh, misalnya.

Konsumsi vitamin C dan D dosis tinggi pada seseorang yang secara genetik berbakat, akan memudahkannya terserang penyakit ini. Pada orang berbakat batu, mengkonsumsi 100 - 300 mg vitamin C setiap hari, menurut dr. David, memudahkan terbentuknya batu. Soalnya, vitamin C mengandung kalsium oksalat tinggi. Vitamin D dosis tinggi pun menyebabkan absorpsi kalsium ke dalam usus meningkat. Obat sitostatik untuk penyakit kanker pun memudahkan pembentukan batu karena meningkatkan asam urat.

#### **Silent stone**

Selain batu kalsium oksalat (60 - 80%), menurut dr. Puji ada lagi campuran kalsium oksalat-fosfat yang sifatnya lebih keras. Pada pemeriksaan radiologi, batu ini tampak putih seperti tulang karena kandungan kalsiumnya lebih tinggi. Ada lagi batu tripel fosfat (10 - 15%) yang tersusun dari kalsium-magnesium-ammonium fosfat (*struvite*). Batu ini terbentuk akibat infeksi saluran kemih karena kuman golongan *Proreous*, *Pseudomonas*, *Klebsicla*, atau *Stafilok*. Bentuk batu menyerupai tanduk rusa karena mengisi saluran kemih yang berbentuk seperti tanduk rusa. Lalu ada batu sistin yang terjadi akibat faktor genetik. Namun campuran fosfat dan sistin ini jarang terjadi.

## **pendidikan kesehatan pasien**

### **GAGAL GINJAL KRONIK**

#### **A. Pengertian**

Gagal ginjal kronis adalah kegagalan fungsi ginjal yang berlangsung perlahan-lahan dan menetap yang mengakibatkan penumpukan sisa metabolit sehingga ginjal tidak dapat memenuhi kebutuhan biasa lagi dan menimbulkan gejala sakit.

#### **B. Tanda dan Gejala**

Penyakit ginjal sering tanpa disertai keluhan. Pasien sebaiknya waspada jika mengalami gejala-gejala seperti: tekanan darah tinggi, jumlah kencing/ tidak dapat kencing, terdapat darah dalam air kencing, bengkak pada kaki, rasa lemah, sulit tidur, sakit kepala, sesak, dan merasa mual dan muntah.

#### **C. Faktor Risiko**

Faktor risiko orang yang mengalami gagal ginjal adalah :

1. Penyakit hipertensi
2. Gout menyebabkan nefropati gout.
3. Diabetes Mellitus yang menyebabkan nefropati DM.
4. Gangguan metabolisme
5. Riwayat penyakit batu saluran kencing.
6. Riwayat penyakit ginjal dalam keluarga (yang diduga mengarah ke penyakit ginjal genetik).
7. Infeksi, penyakit hipersensitif
8. Penyakit peradangan, lesi obstruksi pada traktus urinarius

## 9. Nefropatik toksik dan neoropati obstruksi

### D. Pengaturan diet

Pengaturan diet penderita gagal ginjal bertujuan untuk mengurangi gejala, mencegah kerusakan atau semakin memburuknya fungsi ginjal. Diet yang perlu ditaati adalah:

Pengaturan minum yang bertujuan untuk mencapai diuresis maksimal. Penderita ginjal perlu membatasi minum, karena minum yang berlebihan dapat menimbulkan edema dan hipervolemia. Konsumsi cairan dibatasi 400 cc – 500 cc per hari untuk mencegah terjadinya dehidrasi.

Membatasi garam. Natrium yang boleh dikonsumsi adalah 2 – 2,5 gram/kgBB/hari atau sekitar satu sendok teh peres per hari

Membatasi kalium. Pembatasan konsumsi kalium bertujuan untuk mengurangi kadar kalium dalam darah yang dapat berakibat kematian mendadak. Kebutuhan kalium antara 1,5 – 2,5 gram/kg/hari. Sumber kalium yang paling besar daging, susu, buah dan sayuran segar. Pengurangan jumlah kalium dapat dilakukan dengan memasak sayur dan buah lalu dibuang airnya.

Mengurangi protein dalam makanan. Pengurangan protein dalam makanan dilakukan untuk menurunkan jumlah nitrogen yang diekskresikan lewat urine. Protein yang perlu dikurangi terutama protein HBV (high biologic value) yang banyak mengandung asam amino esensial dan banyak terdapat pada daging, ikan, ayam, telur, susu fullcream dan skim. Sedangkan protein dari jenis LBV (low biologic value) terdapat dalam sereal, roti, dan sayuran.

### *Anemia*

Penurunan Hb disebabkan oleh:

Masa hidup sel darah merah pendek karena perubahan plasma.

Peningkatan kehilangan sel darah merah karena ulserasi gastrointestinal, dialisis, dan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium.

Defisiensi folat

Defisiensi iron/zat besi

Peningkatan hormon paratiroid merangsang jaringan fibrosa atau osteitis fibrosis, mengambil produksi sum-sum menurun.

#### Penanggulangan Anemia

Anemia merupakan masalah yang sulit ditanggulangi pada CRF. Usaha pertama harus ditujukan mengatasi faktor defisiensi, kemudian mencari apakah ada perdarahan yang mungkin dapat diatasi. Pengendalian gagal ginjal pada keseluruhan akan dapat meninggikan Hb. Transfusi darah hanya dapat diberikan bila ada indikasi yang kuat, misalnya ada insufisiensi koroner.

Berhenti merokok, memperhatikan kadar kolesterol, kendalikan berat badan.

hidup sehat, lakukan pemeriksaan kesehatan tahunan pada dokter, mintalah pula agar urin Anda diperiksa untuk melihat adanya darah atau protein dalam urin. Yang tak kalah penting, berhati-hatilah dalam menggunakan obat anti nyeri khususnya jenis obat anti inflamasi non steroid (NSAID).

Membatasi kacang-kacangan serta olahannya.

Makanan yang dia konsumsi sehari-hari tetap berupa nasi dan lauk-pauknya sesuai selera.

Makanan tinggi zat besi seperti bayam, kangkung, daging merah, jerohan, sedapat mungkin dibatasi sebab menurunkan kadar zat besi sulit dan lama.

Makan makanan kaya karbohidrat, seperti nasi, roti, jagung, kentang, dalam jumlah cukup.

#### **E. Pengaturan aktifitas**

- Kegiatan fisiknya dibatasi: jam-jam bangun, tidur, dan istirahat harus selalu dijadwalkan.
- Kegiatan jalan kaki pun dibatasi dan selalu harus memeriksa denyut nadi, kalau dalam lima menit sudah meninggi, harus dihentikan. Umumnya setiap hari ia delapan jam bekerja, satu jam istirahat, dan empat jam rileks, misalnya untuk makan dan tidur.

## **Pendidikan Kesehatan Penderita Stroke**

### **A. Pengertian**

WHO mendefinisikan bahwa stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak/ aliran darah ke suatu bagian otak terganggu. Kurangnya aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak/ mematikan sel-sel otak dan hilangnya fungsi tubuh yang dikendalikan oleh jaringan otak tersebut.

### **B. Jenis Stroke**

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik dan stroke hemorragik. Stroke iskemik adalah aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerosis (penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah) atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah ke otak. Hampir sebagian besar pasien (83%) mengalami stroke jenis ini.

Stroke hemorragik adalah pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam otak dan merusaknya. Hampir 70 persen kasus stroke hemorragik terjadi pada penderita hipertensi.

### **C. Faktor Risiko**

Faktor risiko stroke antara lain hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, hiperlipidemia, obesitas, merokok, usia lanjut, orang laki-laki, kurang olah raga. Kondisi ini dipacu oleh gaya hidup/ pola makan yang tidak sehat seperti mengkonsumsi makanan

siap saji yang tinggi lemak dan kolesterol tetapi rendah serat.

#### **D. Tanda dan Gejala**

Sebagian besar kasus stroke terjadi secara mendadak, sangat cepat dan menyebabkan kerusakan otak dalam beberapa menit (*completed stroke*). Stroke bertambah buruk dalam beberapa jam sampai 1-2 hari akibat bertambah luasnya jaringan otak yang mati.

Perkembangan penyakit biasanya diselingi dengan periode stabil, dimana perluasan jaringan yang mati berhenti sementara atau terjadi beberapa perbaikan. Gejala stroke yang muncul pun tergantung dari bagian otak yang terkena. Gejala tersebut antara lain:

- Kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh.
- Hilangnya sebagian penglihatan atau pendengaran.
- Penglihatan ganda.
- Pusing.
- Bicara tidak jelas.
- Sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat.
- Tidak mampu mengenali bagian dari tubuh.
- Pergerakan yang tidak biasa.
- Hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih.
- Ketidakeimbangan dan terjatuh.
- Pingsan.

#### **E. Upaya pencegahan**

Upaya pencegahan yang perlu dilakukan untuk menurunkan risiko stroke ulang adalah:

- Berhenti merokok
- Melakukan olah raga teratur
- Tidak minum minuman beralkohol
- Menghindari stres berlebihan
- Minum asetosal, ace-inhibitor, antikoagulan: minum obat-obatan untuk kendalikan penyakit faktor risiko.

- Menurunkan berat badan
- Mengendalikan kolesterol
- Mengendalikan diabetes dengan diet makanan
- Memelihara oksidasi glukosa tubuh

## **F. Pengaturan nutrisi**

Pengaturan nutrisi pada penderita stroke bertujuan untuk mengontrol tekanan darah, mengurangi berat badan, menurunkan kolesterol darah, mengurangi kelebihan garam dalam tubuh dan memperbaiki kerja pembuluh darah. Makanan yang harus diperhatikan penderita stroke adalah:

- Mengurangi konsumsi garam secara berlebih dalam makanan. Konsumsi garam yang diperkenankan adalah kurang dari 1 sendok teh/ hari. Pasien harus menghindari makan ikan asin, telur asin, penyedap masakan, kecap, biscuit, makanan yang dikaleng.
- Memperbanyak makanan yang berserat tinggi seperti pada sayur dan buah. Kebutuhan serat setiap hari antara 25-30mg.
- Membatasi mengkonsumsi makanan yang mengandung kolesterol tinggi, seperti pada makanan kuning telur, jeroan, udang, kepiting, otak, paru dan lain-lain. Sedangkan lemak yang boleh dikonsumsi adalah minyak ikan, minyak nabati (kacang tanah).
- Membatasi minum kopi, karena kadar caffein yang ada di dalamnya menyebabkan peningkatan tekanan darah.
- Menghindari merokok, karena kandungan nicotin yang ada didalamnya dapat menyebabkan kekakuan pembuluh darah yang menyebabkan hipertensi.
- Minuman yang beralkohol perlu dihindari karena menyebabkan peningkatan tekanan darah.
- Memperbanyak minum air putih. Konsumsi air putih rata-rata 1,5 – 2 L / hari.
- Memperbanyak makanan yang mengandung kalsium (susu, keju), kalium (pisang, kentang, bayam, tomat, sereal) dan magnesium (sayuran hijau). Kalsium, kalium dan

magnesium berfungsi untuk memperbaiki kerja jantung sehingga diharapkan akan menurunkan tekanan darah.

### **G. Aktifitas rehabilitasi**

Upaya untuk memulihkan kondisi kesehatan penderita stroke sebaiknya dilakukan secepat mungkin, idealnya dimulai 4-5 hari setelah kondisi pasien stabil. Tiap pasien membutuhkan penanganan yang berbeda-beda, tergantung dari kebutuhan pasien. Proses ini membutuhkan waktu sekitar 6-12 bulan

## **PENDIDIKAN KESEHATAN PASIEN SIROSIS HEPATIS**

### **A. Pengertian**

Sirosis hepatis adalah stadium akhir penyakit hati menahun dimana secara anatomis didapatkan proses fibrosis dengan pembentukan nodul regenerasi dan nekrosis serta hilangnya fungsi hati. Proses yang mendasari terjadinya sirosis adalah kematian sel hati dan digantikannya dengan pembentukan jaringan parut dan regenerasi masa sel yang menyebabkan gangguan sistem limfa dan lapisan kapiler yang memperlambat aliran darah dari vena porta serta meningkatkan volume dan tekanan vena porta.

### **B. Tanda dan Gejala**

Keluhan awal sirosis hepatis adalah mual-mual, nafsu makan menurun, cepat lelah, kelemahan otot, penurunan berat badan, air kencing berwarna gelap, kadang-kadang hati teraba keras, ikterus, pembesaran perut dan kaki bengkak, perdarahan saluran cerna atas, erytema palmaris, koma ensefalopati, perasaan gatal yang hebat

Keluhan lanjut akibat kegagalan sirosis hepatis adalah: asites, edema, ikterus, koma, spider

nevi, ginekomastia, rambut pubis rontok, eritema palmaris, atrofi testis, kelainan darah (anemia, hematon/mudah terjadi perdarahan, leukopeni, trombositopeni), varises oesophagus, spleenomegali, perubahan sumsum tulang, caput meduse, collateral vein hemorrhoid

### **C. Pemberian nutrisi**

Pengaturan nutrisi pada penderita ini bertujuan untuk menurunkan metabolisme tubuh dan mengurangi kerja hepar. Pemberian nutrisi yang perlu diperhatikan adalah:

1. Makanan tinggi kalori dan protein.
2. Diet rendah protein bila terjadi koma hepatikum
3. Vitamin yang cukup.
4. Diet rendah garam bila terjadi edema dan asites
5. Anjurkan makan sedikit tapi sering untuk menjamin asupan nutrisi yang adekuat
6. Banyak makan sayur dan buah untuk mencegah terjadinya sembelit.
7. Hindari mengkonsumsi alkohol.

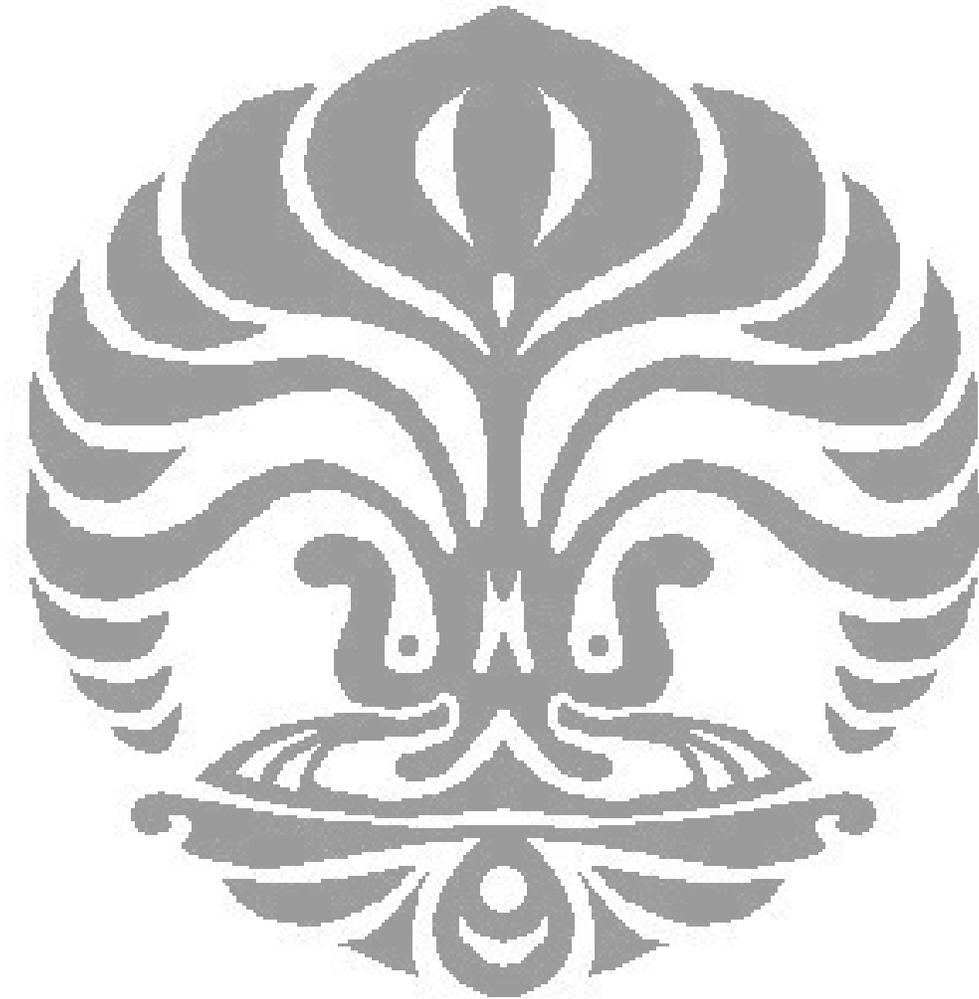
### **D. Pedoman aktifitas**

1. Istirahat ditempat tidur.
2. Tidur di malam hari cukup.
3. Mengurangi aktifitas.
4. Diperbolehkan membaca majalah, buku, koran, melihat TV.

### **E. Komplikasi**

1. Perdarahan gastrointestinal. Hipertensi portal menimbulkan varises oesopagus, dimana suatu saat akan pecah sehingga timbul perdarahan yang masih.
2. Koma Hepatikum.
3. Karsinoma hepatosellural, kemungkinan timbul karena adanya hiperflasia noduler yang akan berubah menjadi adenomata multiple dan akhirnya menjadi karsinoma yang multiple.

4. Infeksi: peritonisis, pnemonia, bronchopneumonia, tbc paru, glomerulonephritis kronis, pielonephritis, sistitis, peritonitis, endokarditis, septikema



## UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS INSTRUMEN

### Reliability

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	6.1667	2.3793	30.0
2.	P2	5.8000	2.4691	30.0
3.	P3	5.5000	2.4740	30.0
4.	P4	5.8000	2.2499	30.0
5.	P5	5.8667	2.4031	30.0
6.	P6	6.1333	2.4316	30.0
7.	P7	6.2000	2.5380	30.0
8.	P8	6.1667	2.5200	30.0
9.	P9	6.0667	2.5042	30.0
10.	P10	5.7333	2.4344	30.0
11.	P11	7.2667	2.0667	30.0
12.	P12	6.9333	2.2884	30.0
13.	P13	6.8667	2.1772	30.0
14.	P14	6.0333	2.2512	30.0
15.	P15	6.5333	2.3742	30.0
16.	P16	6.1667	2.2756	30.0
17.	P17	6.3333	2.2944	30.0
18.	P18	6.3333	2.3243	30.0
19.	P19	6.7667	2.2695	30.0
20.	P20	6.4333	2.0957	30.0
21.	P21	7.4333	2.0457	30.0
22.	P22	7.0000	2.0844	30.0
23.	P23	6.9333	2.0667	30.0
24.	P24	6.3667	2.0083	30.0
25.	P25	6.2667	2.0998	30.0
26.	P26	6.4667	2.1613	30.0
27.	P27	6.4667	1.8333	30.0
28.	P28	6.5333	2.0965	30.0
29.	P29	6.4333	2.2079	30.0
30.	P30	6.2333	2.2389	30.0
31.	P31	6.1667	2.1669	30.0
32.	P32	7.7667	1.7943	30.0
33.	P33	7.1000	1.9001	30.0
34.	P34	6.9667	2.0424	30.0
35.	P35	6.5333	2.2397	30.0
36.	P36	6.4333	2.3295	30.0
37.	P37	6.4667	2.1772	30.0
38.	P38	6.3000	2.0197	30.0
39.	P39	6.6667	2.1064	30.0
40.	P40	6.4667	2.0965	30.0
41.	P41	6.4667	2.1613	30.0
42.	P42	6.1667	2.1985	30.0
43.	P43	6.6000	2.3282	30.0
44.	P44	4.4000	2.5677	30.0

		Mean	Std Dev	Cases
45.	P45	4.6000	2.1107	30.0
46.	P46	4.6667	2.2489	30.0
47.	P47	4.7000	2.2766	30.0
48.	P48	6.7667	1.9420	30.0
49.	P49	6.6667	2.2489	30.0
50.	P50	7.3333	1.9535	30.0
51.	P51	7.2000	2.1075	30.0
52.	P52	6.3667	2.6585	30.0

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	323.8667	7138.6023	.7370	.9840
P2	324.2333	7132.2540	.7247	.9840
P3	324.5333	7183.3609	.5988	.9843
P4	324.2333	7151.0126	.7477	.9840
P5	324.1667	7155.7299	.6864	.9841
P6	323.9000	7222.0931	.5144	.9844
P7	323.8333	7148.0057	.6668	.9841
P8	323.8667	7148.1195	.6714	.9841
P9	323.9667	7127.6885	.7251	.9840
P10	324.3000	7136.5621	.7247	.9840
P11	322.7667	7191.9092	.6972	.9841
P12	323.1000	7117.7483	.8225	.9838
P13	323.1667	7168.0747	.7263	.9840
P14	324.0000	7188.6897	.6466	.9842
P15	323.5000	7127.5690	.7668	.9839
P16	323.8667	7144.8092	.7554	.9840
P17	323.7000	7113.1828	.8324	.9838
P18	323.7000	7083.1828	.8997	.9837
P19	323.2667	7148.9609	.7465	.9840
P20	323.6000	7173.9724	.7386	.9840
P21	322.6000	7229.0759	.5960	.9842
P22	323.0333	7178.7230	.7291	.9840
P23	323.1000	7190.2310	.7021	.9841
P24	323.6667	7157.4023	.8215	.9839
P25	323.7667	7124.1851	.8802	.9837
P26	323.5667	7135.5644	.8226	.9838
P27	323.5667	7180.4609	.8264	.9839
P28	323.5000	7125.9138	.8766	.9837
P29	323.6000	7111.9034	.8695	.9837
P30	323.8000	7108.0966	.8674	.9837
P31	323.8667	7129.5678	.8371	.9838
P32	322.2667	7257.3057	.5890	.9842
P33	322.9333	7211.1678	.6997	.9841
P34	323.0667	7202.2713	.6754	.9841
P35	323.5000	7101.2241	.8858	.9837
P36	323.6000	7098.9379	.8565	.9838

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P37	323.5667	7108.9437	.8904	.9837
P38	323.7333	7141.9954	.8627	.9838
P39	323.3667	7127.0678	.8691	.9838
P40	323.5667	7124.1851	.8816	.9837
P41	323.5667	7117.4954	.8731	.9837
P42	323.8667	7098.0506	.9116	.9837
P43	323.4333	7159.9782	.6984	.9841
P44	325.6333	7203.8264	.5281	.9844
P45	325.4333	7244.2540	.5340	.9843
P46	325.3667	7196.9989	.6251	.9842
P47	325.3333	7204.9195	.5964	.9843
P48	323.2667	7247.6506	.5721	.9843
P49	323.3667	7139.6885	.7784	.9839
P50	322.7000	7259.2517	.5333	.9843
P51	322.8333	7237.9368	.5527	.9843
P52	323.6667	7131.1264	.6735	.9842

#### Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 52 Alpha = .9843

#### Reliability

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. H1	7.2333	2.2234	30.0
2. H2	6.9000	2.5373	30.0
3. H3	7.4000	2.2376	30.0
4. H4	7.2000	2.2345	30.0
5. H5	7.1667	2.4366	30.0
6. H6	7.4333	1.9597	30.0
7. H7	7.8333	2.0692	30.0
8. H8	7.6000	2.4297	30.0
9. H9	7.7000	2.0197	30.0
10. H10	7.4000	2.2682	30.0
11. H11	11.6333	14.4735	30.0
12. H12	8.7333	1.2015	30.0
13. H13	8.4333	1.7750	30.0
14. H14	7.9333	1.9106	30.0
15. H15	8.2333	1.8323	30.0
16. H16	7.4667	2.4877	30.0
17. H17	7.8000	2.0745	30.0
18. H18	8.1667	1.8399	30.0
19. H19	7.7000	2.5346	30.0
20. H20	7.6333	2.2664	30.0
21. H21	8.9667	1.0981	30.0
22. H22	8.6000	1.2758	30.0

		Mean	Std Dev	Cases
23.	H23	8.2000	1.8828	30.0
24.	H24	8.2333	1.5687	30.0
25.	H25	8.0333	1.6291	30.0
26.	H26	7.9333	2.0331	30.0
27.	H27	8.1333	1.7367	30.0
28.	H28	7.7667	1.9420	30.0
29.	H29	7.6667	1.9179	30.0
30.	H30	7.7667	1.3309	30.0
31.	H31	7.6000	1.5447	30.0
32.	H32	8.4333	2.1284	30.0
33.	H33	8.3667	1.6709	30.0
34.	H34	8.1333	1.7564	30.0
35.	H35	8.2667	1.4368	30.0
36.	H36	7.9333	1.7798	30.0
37.	H37	7.8667	1.6132	30.0
38.	H38	7.8000	1.8270	30.0
39.	H39	7.7667	2.0457	30.0
40.	H40	7.9000	1.6049	30.0
41.	H41	7.8333	1.5775	30.0
42.	H42	7.6667	1.7087	30.0
43.	H43	7.9333	2.2884	30.0
44.	H44	7.0333	2.1251	30.0
45.	H45	6.8333	2.5200	30.0
46.	H46	7.0000	2.3635	30.0
47.	H47	7.0000	2.3342	30.0
48.	H48	8.1667	1.8952	30.0
49.	H49	8.2333	1.4547	30.0
50.	H50	8.5333	1.3060	30.0
51.	H51	8.6667	1.8998	30.0
52.	H52	8.1333	1.8889	30.0

**RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)**

**Item-total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
H1	404.7667	5539.1506	.8493	.9467
H2	405.1000	5550.8517	.7085	.9472
H3	404.6000	5552.5931	.8024	.9469
H4	404.8000	5554.3034	.7983	.9469
H5	404.8333	5525.4540	.8110	.9467
H6	404.5667	5722.6678	.3328	.9489
H7	404.1667	5631.0402	.6113	.9478
H8	404.4000	5549.2138	.7460	.9470
H9	404.3000	5598.7690	.7356	.9474
H10	404.6000	5564.9379	.7538	.9471
H11	400.3667	5465.4126	.0702	.9839
H12	403.2667	5714.2023	.6029	.9484
H13	403.5667	5747.9782	.2751	.9491
H14	404.0667	5651.0989	.5933	.9480

	<b>Scale Mean if Item Deleted</b>	<b>Scale Variance if Item Deleted</b>	<b>Corrected Item- Total Correlation</b>	<b>Alpha if Item Deleted</b>
H15	403.7667	5634.8057	.6798	.9477
H16	404.5333	5542.8782	.7454	.9470
H17	404.2000	5582.8552	.7678	.9472
H18	403.8333	5628.6264	.6997	.9476
H19	404.3000	5541.3207	.7352	.9470
H20	404.3667	5566.2402	.7505	.9471
H21	403.0333	5763.8954	.3603	.9489
H22	403.4000	5673.4897	.7808	.9479
H23	403.8000	5604.5103	.7702	.9473
H24	403.7667	5640.0471	.7752	.9476
H25	403.9667	5617.4816	.8396	.9473
H26	404.0667	5573.0299	.8170	.9470
H27	403.8667	5703.7057	.4516	.9485
H28	404.2333	5565.9782	.8815	.9469
H29	404.3333	5570.9195	.8752	.9469
H30	404.2333	5669.7023	.7669	.9479
H31	404.4000	5627.2828	.8436	.9474
H32	403.5667	5595.9782	.7055	.9474
H33	403.6333	5682.4471	.5555	.9482
H34	403.8667	5598.3264	.8513	.9472
H35	403.7333	5702.1333	.5575	.9483
H36	404.0667	5598.6161	.8387	.9472
H37	404.1333	5626.6023	.8098	.9474
H38	404.2000	5618.6483	.7418	.9475
H39	404.2333	5549.7023	.8900	.9467
H40	404.1000	5636.3690	.7728	.9476
H41	404.1667	5634.0747	.7964	.9475
H42	404.3333	5612.4368	.8196	.9473
H43	404.0667	5564.8920	.7470	.9471
H44	404.9667	5628.8609	.6015	.9478
H45	405.1667	5487.9368	.8862	.9463
H46	405.0000	5532.3448	.8170	.9468
H47	405.0000	5525.2414	.8486	.9466
H48	403.8333	5587.4540	.8263	.9471
H49	403.7667	5657.3575	.7572	.9478
H50	403.4667	5673.2920	.7633	.9479
H51	403.3333	5644.6437	.6198	.9479
H52	403.8667	5629.6368	.6773	.9477

**Reliability Coefficients**

**N of Cases = 30.0      N of Items = 52      Alpha = .9491**

## Reliability

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	H1	7.2333	2.2234	30.0
2.	H2	6.9000	2.5373	30.0
3.	H3	7.4000	2.2376	30.0
4.	H4	7.2000	2.2345	30.0
5.	H5	7.1667	2.4366	30.0
6.	H7	7.8333	2.0692	30.0
7.	H8	7.6000	2.4297	30.0
8.	H9	7.7000	2.0197	30.0
9.	H10	7.4000	2.2682	30.0
10.	H12	8.7333	1.2015	30.0
11.	H14	7.9333	1.9106	30.0
12.	H15	8.2333	1.8323	30.0
13.	H16	7.4667	2.4877	30.0
14.	H17	7.8000	2.0745	30.0
15.	H18	8.1667	1.8399	30.0
16.	H19	7.7000	2.5346	30.0
17.	H20	7.6333	2.2664	30.0
18.	H22	8.6000	1.2758	30.0
19.	H23	8.2000	1.8828	30.0
20.	H24	8.2333	1.5687	30.0
21.	H25	8.0333	1.6291	30.0
22.	H26	7.9333	2.0331	30.0
23.	H27	8.1333	1.7367	30.0
24.	H28	7.7667	1.9420	30.0
25.	H29	7.6667	1.9179	30.0
26.	H30	7.7667	1.3309	30.0
27.	H31	7.6000	1.5447	30.0
28.	H32	8.4333	2.1284	30.0
29.	H33	8.3667	1.6709	30.0
30.	H34	8.1333	1.7564	30.0
31.	H35	8.2667	1.4368	30.0
32.	H36	7.9333	1.7798	30.0
33.	H37	7.8667	1.6132	30.0
34.	H38	7.8000	1.8270	30.0
35.	H39	7.7667	2.0457	30.0
36.	H40	7.9000	1.6049	30.0
37.	H41	7.8333	1.5775	30.0
38.	H42	7.6667	1.7087	30.0
39.	H43	7.9333	2.2884	30.0
40.	H44	7.0333	2.1251	30.0
41.	H45	6.8333	2.5200	30.0
42.	H46	7.0000	2.3635	30.0
43.	H47	7.0000	2.3342	30.0
44.	H48	8.1667	1.8952	30.0
45.	H49	8.2333	1.4547	30.0
46.	H50	8.5333	1.3060	30.0
47.	H51	8.6667	1.8998	30.0
48.	H52	8.1333	1.8889	30.0

**R E L I A B I L I T Y   A N A L Y S I S   -   S C A L E   ( A L P H A )**

**Item-total Statistics**

	<b>Scale Mean if Item Deleted</b>	<b>Scale Variance if Item Deleted</b>	<b>Corrected Item-Total Correlation</b>	<b>Alpha if Item Deleted</b>
H1	368.3000	4955.7345	.8393	.9846
H2	368.6333	4965.4126	.7035	.9850
H3	368.1333	4963.1540	.8097	.9847
H4	368.3333	4966.2989	.8006	.9847
H5	368.3667	4937.7575	.8169	.9847
H7	367.7000	5038.4931	.6150	.9851
H8	367.9333	4960.1333	.7521	.9848
H9	367.8333	5006.0747	.7462	.9848
H10	368.1333	4972.3954	.7687	.9848
H12	366.8000	5114.7172	.6242	.9850
H14	367.6000	5054.2483	.6093	.9851
H15	367.3000	5036.2862	.7067	.9849
H16	368.0667	4952.8230	.7552	.9848
H17	367.7333	4988.1333	.7883	.9847
H18	367.3667	5034.2402	.7117	.9849
H19	367.8333	4950.4885	.7472	.9849
H20	367.9000	4976.4379	.7563	.9848
H22	366.9333	5075.2368	.8063	.9848
H23	367.3333	5009.8161	.7882	.9847
H24	367.3000	5041.9414	.8036	.9847
H25	367.5000	5022.1207	.8603	.9846
H26	367.6000	4977.2828	.8437	.9846
H27	367.4000	5104.3172	.4678	.9853
H28	367.7667	4973.8402	.8974	.9845
H29	367.8667	4978.7402	.8905	.9845
H30	367.7667	5072.6678	.7859	.9848
H31	367.9333	5033.0989	.8575	.9846
H32	367.1000	5000.8517	.7244	.9848
H33	367.1667	5084.2816	.5722	.9851
H34	367.4000	5003.3517	.8733	.9846
H35	367.2667	5104.0644	.5714	.9851
H36	367.6000	5003.6276	.8603	.9846
H37	367.6667	5033.0575	.8204	.9847
H38	367.7333	5022.1333	.7645	.9848
H39	367.7667	4957.1506	.9098	.9844
H40	367.6333	5038.9299	.7984	.9847
H41	367.7000	5039.5966	.8097	.9847
H42	367.8667	5016.7402	.8419	.9846
H43	367.6000	4971.2828	.7651	.9848
H44	368.5000	5036.1207	.6060	.9851
H45	368.7000	4900.3552	.8977	.9845
H46	368.5333	4943.4989	.8255	.9846
H47	368.5333	4934.7402	.8637	.9845
H48	367.3667	4993.6885	.8443	.9846
H49	367.3000	5060.6310	.7764	.9848
H50	367.0000	5075.4483	.7860	.9848
H51	366.8667	5046.6713	.6415	.9850
H52	367.4000	5034.8000	.6904	.9849

**Reliability Coefficients**

**N of Cases =        30.0                      N of Items = 48                      Alpha =        .9851**

## Analisis Univariat Pada Kelompok Intervensi

### 1. Karakteristik Responden

			Statistic	Std. Error
UMUR	Mean		41.85	2.436
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36.92	
		Upper Bound	46.78	
	5% Trimmed Mean		41.78	
	Median		45.00	
	Variance		237.310	
	Std. Deviation		15.405	
	Minimum		20	
	Maximum		65	
	Range		45	
	Interquartile Range		29.25	
	Skewness		.010	.374
	Kurtosis		-1.513	.733
	JARAK	Mean		8.688
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	6.671	
		Upper Bound	10.704	
5% Trimmed Mean			8.500	
Median			7.500	
Variance			39.752	
Std. Deviation			6.3050	
Minimum			5	
Maximum			20.0	
Range			19.5	
Interquartile Range			10.750	
Skewness			.666	.374
Kurtosis			-.794	.733
LAMAWAT		Mean		5.18
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.82	
		Upper Bound	5.53	
	5% Trimmed Mean		5.11	
	Median		5.00	
	Variance		1.225	
	Std. Deviation		1.107	
	Minimum		4	
	Maximum		8	
	Range		4	
	Interquartile Range		2.00	
	Skewness		.472	.374
	Kurtosis		-.623	.733

**SEX**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Laki-laki	22	55.0	55.0	55.0
	2 Perempuan	18	45.0	45.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**DIDIKAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 dasar	20	50.0	50.0	50.0
	2 Menengah	14	35.0	35.0	85.0
	3 tinggi	6	15.0	15.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**DIAGNOSA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 TBC	7	17.5	17.5	17.5
	2 hipertensi	7	17.5	17.5	35.0
	3 PJK	10	25.0	25.0	60.0
	4 hepatitis	3	7.5	7.5	67.5
	5 gastritis	10	25.0	25.0	92.5
	6 Diabetes Mellitus	3	7.5	7.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**KELAS**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 VIP	6	15.0	15.0	15.0
	1 kelas 1	11	27.5	27.5	42.5
	2 kelas 2	12	30.0	30.0	72.5
	3 kelas 3	11	27.5	27.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

**2. Rata-Rata Kepuasan Pasien**

		Statistic	Std. Error	
PUAS	Mean	94.2317	1.84687	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	90.4961	
		Upper Bound	97.9674	
	5% Trimmed Mean	93.1978		
	Median	92.3693		
	Variance	136.437		
	Std. Deviation	11.68063		
	Minimum	76.60		
	Maximum	128.78		
	Range	52.18		
	Interquartile Range	11.6934		
	Skewness	1.515	.374	
	Kurtosis	2.601	.733	

### 3. Rata-Rata Kepuasan Pasien Pada Tiap Dimensi Kepuasan

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
ANDAL	Mean		83.3818	2.25740
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	78.8158	
		Upper Bound	87.9478	
	5% Trimmed Mean		83.3355	
	Median		83.3310	
	Variance		203.835	
	Std. Deviation		14.27707	
	Minimum		42.22	
	Maximum		118.18	
	Range		75.96	
	Interquartile Range		13.2463	
	Skewness		.324	.374
	Kurtosis		2.482	.733
	TANGGAP	Mean		92.9025
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	89.3927	
		Upper Bound	96.4123	
5% Trimmed Mean			92.2373	
Median			92.9167	
Variance			120.436	
Std. Deviation			10.97432	
Minimum			75.00	
Maximum			136.84	
Range			61.84	
Interquartile Range			14.6575	
Skewness			1.417	.374
Kurtosis			5.407	.733
JAMINAN		Mean		94.3068
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	90.6558	
		Upper Bound	97.9577	
	5% Trimmed Mean		93.4767	
	Median		91.7929	
	Variance		130.322	
	Std. Deviation		11.41585	
	Minimum		75.00	
	Maximum		136.84	
	Range		61.84	
	Interquartile Range		12.0589	
	Skewness		1.663	.374
	Kurtosis		4.182	.733
	PEDULI	Mean		95.3529
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	89.5304	
		Upper Bound	101.1753	
5% Trimmed Mean			92.9043	

BUKTI	Median		95.0386	
	Variance		331.446	
	Std. Deviation		18.20566	
	Minimum		70.24	
	Maximum		162.75	
	Range		92.51	
	Interquartile Range		13.8126	
	Skewness		2.614	.374
	Kurtosis		8.379	.733
	Mean		95.8719	2.34788
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	91.1229	
		Upper Bound	100.6209	
	5% Trimmed Mean		94.5984	
	Median		93.7597	
	Variance		220.501	
	Std. Deviation		14.84927	
	Minimum		74.44	
Maximum		138.00		
Range		63.56		
Interquartile Range		14.7222		
Skewness		1.444	.374	
Kurtosis		2.216	.733	

#### 4. Rata-Rata Kepuasan Pasien Pada Tiap Dimensi Pelayanan Keperawatan

##### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
NUTRISI	Mean	94.7652	2.22500	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	90.2647	
		Upper Bound	99.2657	
	5% Trimmed Mean		93.1606	
	Median		92.5926	
	Variance		198.024	
	Std. Deviation		14.07211	
	Minimum		72.73	
	Maximum		143.48	
	Range		70.75	
	Interquartile Range		12.7165	
	Skewness		2.028	.374
	Kurtosis		5.865	.733
	AKTIF	Mean	93.0897	1.61616
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	89.8207	
		Upper Bound	96.3587	
5% Trimmed Mean			92.3922	
Median			91.4855	
Variance			104.479	

	Std. Deviation		10.22150	
	Minimum		76.92	
	Maximum		124.24	
	Range		47.32	
	Interquartile Range		12.4224	
	Skewness		1.011	.374
	Kurtosis		1.588	.733
TANDA	Mean		96.9115	3.20710
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	90.4246	
		Upper Bound	103.3985	
	5% Trimmed Mean		93.5283	
	Median		93.7693	
	Variance		411.420	
	Std. Deviation		20.28348	
	Minimum		75.68	
	Maximum		178.79	
	Range		103.11	
	Interquartile Range		12.3238	
	Skewness		3.447	.374
	Kurtosis		12.741	.733
OBAT	Mean		93.3458	2.01254
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	89.2751	
		Upper Bound	97.4166	
	5% Trimmed Mean		92.3789	
	Median		92.2222	
	Variance		162.012	
	Std. Deviation		12.72840	
	Minimum		76.27	
	Maximum		128.72	
	Range		52.45	
	Interquartile Range		12.9443	
	Skewness		1.325	.374
	Kurtosis		1.940	.733
UMUM	Mean		96.6092	2.47711
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	91.5987	
		Upper Bound	101.6196	
	5% Trimmed Mean		95.5595	
	Median		93.7473	
	Variance		245.442	
	Std. Deviation		15.66659	
	Minimum		76.92	
	Maximum		141.18	
	Range		64.25	
	Interquartile Range		15.4167	
	Skewness		1.068	.374
	Kurtosis		.628	.733

## Analisis Univariat Pada Kelompok Kontrol

### 1. Karakteristik Responden

		Statistic	Std. Error	
UMUR	Mean	44.53	2.270	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	39.93	
		Upper Bound	49.12	
	5% Trimmed Mean	44.22		
	Median	45.00		
	Variance	206.051		
	Std. Deviation	14.354		
	Minimum	20		
	Maximum	75		
	Range	55		
	Interquartile Range	23.25		
	Skewness	.226	.374	
	Kurtosis	-.491	.733	
	JARAK	Mean	8.150	1.0577
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.011
Upper Bound			10.289	
5% Trimmed Mean		7.639		
Median		5.500		
Variance		44.746		
Std. Deviation		6.6893		
Minimum		5		
Maximum		25.0		
Range		24.5		
Interquartile Range		12.000		
Skewness		.988	.374	
Kurtosis		.126	.733	
LAMAWAT		Mean	5.03	.228
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.56
	Upper Bound		5.49	
	5% Trimmed Mean	4.86		
	Median	4.00		
	Variance	2.076		
	Std. Deviation	1.441		
	Minimum	4		
	Maximum	9		
	Range	5		
	Interquartile Range	2.00		
	Skewness	1.632	.374	
	Kurtosis	2.267	.733	

### SEX

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Laki-laki	20	50.0	50.0	50.0
	2 Perempuan	20	50.0	50.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

### DIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 dasar	29	72.5	72.5	72.5
	2 Menengah	7	17.5	17.5	90.0
	3 tinggi	4	10.0	10.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

### DIAGNOSA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 TBC	5	12.5	12.5	12.5
	2 hipertensi	10	25.0	25.0	37.5
	3 PJK	5	12.5	12.5	50.0
	4 hepatitis	6	15.0	15.0	65.0
	5 gastritis	7	17.5	17.5	82.5
	6 Diabetes Mellitus	7	17.5	17.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

### KELAS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 VIP	5	12.5	12.5	12.5
	1 kelas 1	8	20.0	20.0	32.5
	2 kelas 2	11	27.5	27.5	60.0
	3 kelas 3	16	40.0	40.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

## 2. Rata-Rata Kepuasan Pasien

		Statistic	Std. Error	
PUAS	Mean	71.4146	1.93784	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	67.4949	
		Upper Bound	75.3342	
	5% Trimmed Mean	71.9834		
	Median	72.8932		
	Variance	150.209		
	Std. Deviation	12.25596		
	Minimum	37.29		
	Maximum	89.29		
	Range	52.00		
	Interquartile Range	17.3893		
	Skewness	-.405	.374	
	Kurtosis	.071	.733	

### 3. Rata-Rata Kepuasan Pasien Pada Tiap Dimensi Kepuasan

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
ANDAL	Mean	61.9363	2.71531	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	56.4441	
		Upper Bound	67.4285	
	5% Trimmed Mean	62.2970		
	Median	58.2806		
	Variance	294.916		
	Std. Deviation	17.17313		
	Minimum	21.11		
	Maximum	102.38		
	Range	81.27		
	Interquartile Range	26.2639		
	Skewness	-.185	.374	
	Kurtosis	.257	.733	
	TANGGAP	Mean	72.8618	2.30812
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	68.1932	
		Upper Bound	77.5305	
5% Trimmed Mean		73.6335		
Median		72.7273		
Variance		213.097		
Std. Deviation		14.59784		
Minimum		20.00		
Maximum		100.00		
Range		80.00		
Interquartile Range		19.4822		
Skewness		-.886	.374	
Kurtosis		3.109	.733	
JAMINAN		Mean	74.2616	2.42939
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	69.3477	
		Upper Bound	79.1755	
	5% Trimmed Mean	74.4346		
	Median	74.3013		
	Variance	236.078		
	Std. Deviation	15.36483		
	Minimum	41.82		
	Maximum	100.00		
	Range	58.18		
	Interquartile Range	26.4547		
	Skewness	-.196	.374	
	Kurtosis	-.988	.733	
	PEDULI	Mean	73.6177	2.58531
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	68.3884	
		Upper Bound	78.8470	

	5% Trimmed Mean		74.1157	
	Median		78.6431	
	Variance		267.353	
	Std. Deviation		16.35094	
	Minimum		38.27	
	Maximum		100.00	
	Range		61.73	
	Interquartile Range		25.4762	
	Skewness		-.504	.374
	Kurtosis		-.394	.733
BUKTI	Mean		66.1335	2.54462
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	60.9865	
		Upper Bound	71.2805	
	5% Trimmed Mean		66.1169	
	Median		65.8216	
	Variance		259.004	
	Std. Deviation		16.09361	
	Minimum		38.57	
	Maximum		100.00	
	Range		61.43	
	Interquartile Range		32.0050	
	Skewness		-.036	.374
	Kurtosis		-1.015	.733

#### 4. Rata-Rata Kepuasan Pasien Pada Tiap Dimensi Pelayanan Keperawatan

		Descriptives		Statistic	Std. Error
NUTRISI	Mean			69.0392	2.14708
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		64.6963	
		Upper Bound		73.3821	
	5% Trimmed Mean			69.1164	
	Median			70.1220	
	Variance			184.398	
	Std. Deviation			13.57931	
	Minimum			44.83	
	Maximum			91.80	
	Range			46.98	
	Interquartile Range			24.6472	
	Skewness			-.051	.374
	Kurtosis			-1.392	.733
AKTIF	Mean			66.4106	2.34525
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		61.6669	
		Upper Bound		71.1543	
	5% Trimmed Mean			67.4631	
	Median			64.0497	

TANDA	Variance		220.008	
	Std. Deviation		14.83267	
	Minimum		22.00	
	Maximum		88.24	
	Range		66.24	
	Interquartile Range		20.2292	
	Skewness		-.677	.374
	Kurtosis		1.350	.733
	Mean		73.2479	2.40203
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	68.3893	
		Upper Bound	78.1064	
	5% Trimmed Mean		73.7350	
	Median		70.9191	
	Variance		230.790	
OBAT	Std. Deviation		15.19176	
	Minimum		32.50	
	Maximum		98.75	
	Range		66.25	
	Interquartile Range		24.5743	
	Skewness		-.431	.374
	Kurtosis		-.153	.733
	Mean		72.4072	2.44314
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	67.4655	
		Upper Bound	77.3489	
	5% Trimmed Mean		73.5527	
	Median		72.7083	
	Variance		238.757	
	Std. Deviation		15.45175	
UMUM	Minimum		19.38	
	Maximum		92.86	
	Range		73.48	
	Interquartile Range		22.3783	
	Skewness		-1.013	.374
	Kurtosis		2.037	.733
	Mean		79.7498	2.20607
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	75.2876	
		Upper Bound	84.2120	
	5% Trimmed Mean		80.1664	
	Median		82.3529	
	Variance		194.671	
	Std. Deviation		13.95244	
	Minimum		50.00	
Maximum		100.00		
Range		50.00		
Interquartile Range		17.5668		
Skewness		-.552	.374	
Kurtosis		-.628	.733	

## Analisis Univariat Pada Seluruh Kelompok

### 1. Karakteristik Responden

#### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
UMUR	Mean	43.19	1.661	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		39.88
		Upper Bound		46.49
	5% Trimmed Mean	42.92		
	Median	45.00		
	Variance	220.686		
	Std. Deviation	14.856		
	Minimum	20		
	Maximum	75		
	Range	55		
	Interquartile Range	25.00		
	Skewness	.084		.269
	Kurtosis	-1.019		.532
	JARAK	Mean		8.419
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	6.980	
		Upper Bound	9.857	
5% Trimmed Mean		8.069		
Median		6.500		
Variance		41.788		
Std. Deviation		6.4643		
Minimum		.5		
Maximum		25.0		
Range		24.5		
Interquartile Range		12.000		
Skewness		.816	.269	
Kurtosis		-.368	.532	
LAMAWAT		Mean	5.10	.143
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.82	
		Upper Bound	5.38	
	5% Trimmed Mean	4.96		
	Median	5.00		
	Variance	1.635		
	Std. Deviation	1.279		
	Minimum	4		
	Maximum	9		
	Range	5		
	Interquartile Range	2.00		
	Skewness	1.224	.269	
	Kurtosis	1.393	.532	

**SEX**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Laki-laki	42	52.5	52.5	52.5
	2 Perempuan	38	47.5	47.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

**DIDIKAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 dasar	49	61.3	61.3	61.3
	2 Menengah	21	26.3	26.3	87.5
	3 tinggi	10	12.5	12.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

**DIAGNOSA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 TBC	12	15.0	15.0	15.0
	2 hipertensi	17	21.3	21.3	36.3
	3 PJK	15	18.8	18.8	55.0
	4 hepatitis	9	11.3	11.3	66.3
	5 gastritis	17	21.3	21.3	87.5
	6 Diabetes Mellitus	10	12.5	12.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

**KELAS**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 VIP	11	13.8	13.8	13.8
	1 kelas 1	19	23.8	23.8	37.5
	2 kelas 2	23	28.8	28.8	66.3
	3 kelas 3	27	33.8	33.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

## 2. Kepuasan Pasien

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PUAS	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%

### Descriptives

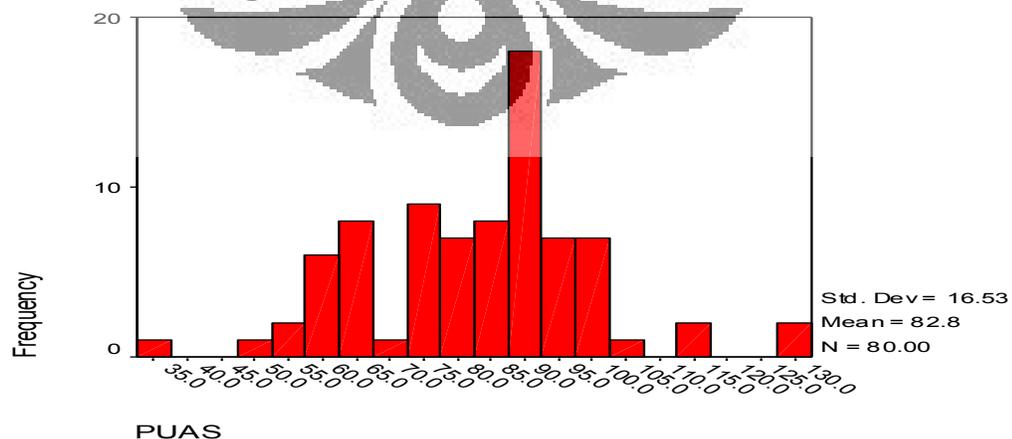
		Statistic	Std. Error
PUAS	Mean	82.8231	1.84835
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 79.1441 Upper Bound 86.5022	
	5% Trimmed Mean	82.4569	
	Median	84.9276	
	Variance	273.312	
	Std. Deviation	16.53215	
	Minimum	37.29	
	Maximum	128.78	
	Range	91.49	
	Interquartile Range	19.5383	
	Skewness	.125	.269
	Kurtosis	.826	.532

### Tests of Normality

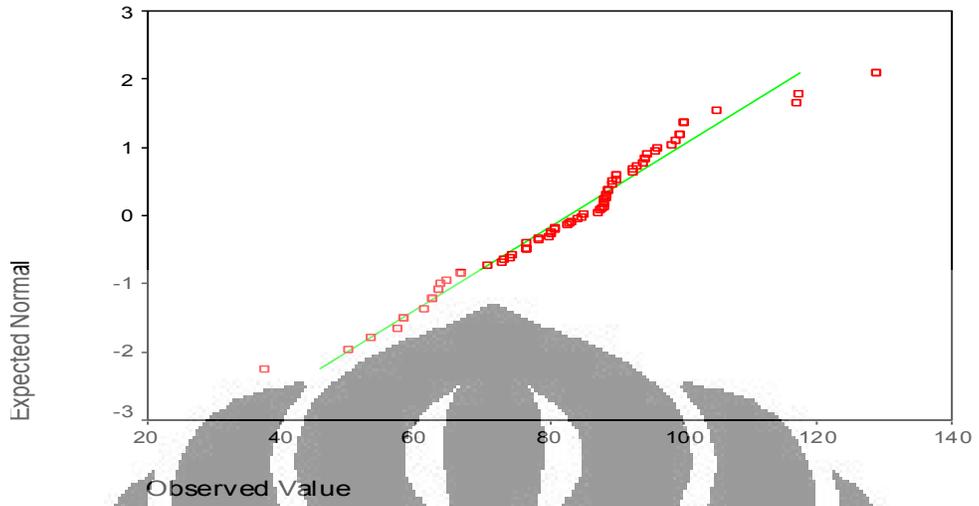
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PUAS	.094	80	.077	.972	80	.082

a. Lilliefors Significance Correction

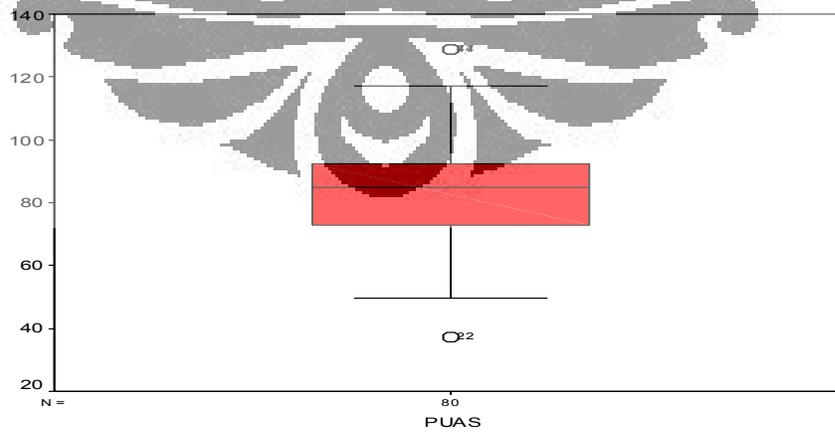
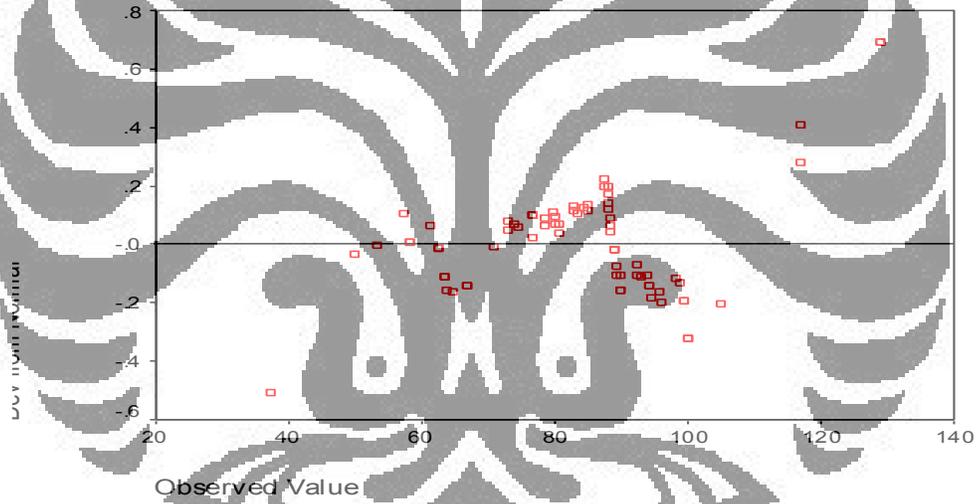
### Histogram



Normal Q-Q Plot of PUAS



Detrended Normal Q-Q Plot of PUAS



# UJI KESETARAAN RESPONDEN

## T-Test

### Group Statistics

	KELOMPOK	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
UMUR	1 Kontrol	40	44.53	14.354	2.270
	2 Intervensi	40	41.85	15.405	2.436
JARAK	1 Kontrol	40	8.150	6.6893	1.0577
	2 Intervensi	40	8.688	6.3050	.9969
LAMAWAT	1 Kontrol	40	5.03	1.441	.228
	2 Intervensi	40	5.18	1.107	.175

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
UMUR	Equal variances assumed	1.636	.205	.803	78	.424	2.67	3.329	-3.953	9.303
	Equal variances not assumed			.803	77.614	.424	2.67	3.329	-3.954	9.304
JARAK	Equal variances assumed	.208	.650	-.370	78	.713	-.537	1.4534	-3.4311	2.3561
	Equal variances not assumed			-.370	77.729	.713	-.537	1.4534	-3.4312	2.3562
LAMA WAT	Equal variances assumed	.614	.436	-.522	78	.603	-.15	.287	-.722	.422
	Equal variances not assumed			-.522	73.137	.603	-.15	.287	-.723	.423

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KELOMPOK * SEX Jenis kelamin pasien	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%

### KELOMPOK \* SEX Jenis kelamin pasien Crosstabulation

KELOMPOK	SEX Jenis kelamin pasien		SEX Jenis kelamin pasien		Total
			1 Laki-laki	2 Perempuan	
1 Kontrol	Count		20	20	40
	% within KELOMPOK		50.0%	50.0%	100.0%
2 Intervensi	Count		22	18	40
	% within KELOMPOK		55.0%	45.0%	100.0%
Total	Count		42	38	80
	% within KELOMPOK		52.5%	47.5%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.201 <sup>b</sup>	1	.654		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.050	1	.823		
Likelihood Ratio	.201	1	.654		
Fisher's Exact Test				.823	.412
Linear-by-Linear Association	.198	1	.656		
N of Valid Cases	80				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.00.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KELOMPOK * DIDIKAN Tingkat pendidikan pasien	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%

**KELOMPOK \* DIDIKAN Tingkat pendidikan pasien Crosstabulation**

			DIDIKAN Tingkat pendidikan pasien			Total
			1 dasar	2 Menengah	3 tinggi	
KELOMPOK 1	Kontrol	Count	29	7	4	40
		% within KELOMPOK	72.5%	17.5%	10.0%	100.0%
2	Intervensi	Count	20	14	6	40
		% within KELOMPOK	50.0%	35.0%	15.0%	100.0%
Total		Count	49	21	10	80
		% within KELOMPOK	61.3%	26.3%	12.5%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.386 <sup>a</sup>	2	.112
Likelihood Ratio	4.444	2	.108
Linear-by-Linear Association	2.988	1	.084
N of Valid Cases	80		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KELOMPOK * DIAGNOSA	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%

**KELOMPOK \* DIAGNOSA Crosstabulation**

			DIAGNOSA						Total
			1 TBC	2 hipertensi	3 PJK	4 hepatitis	5 gastritis	6 Diabetes Mellitus	
KELOMPOK 1	Kontrol	Count	5	10	5	6	7	7	40
		% within KELOMPOK	12.5%	25.0%	12.5%	15.0%	17.5%	17.5%	100.0%
2	Intervensi	Count	7	7	10	3	10	3	40
		% within KELOMPOK	17.5%	17.5%	25.0%	7.5%	25.0%	7.5%	100.0%
Total		Count	12	17	15	9	17	10	80
		% within KELOMPOK	15.0%	21.3%	18.8%	11.3%	21.3%	12.5%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.659 <sup>a</sup>	5	.341
Likelihood Ratio	5.763	5	.330
Linear-by-Linear Association	.451	1	.502
N of Valid Cases	80		

a. 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KELOMPOK * KELAS	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%

#### KELOMPOK \* KELAS Crosstabulation

			KELAS				Total
			0 VIP	1 kelas 1	2 kelas 2	3 kelas 3	
KELOMPOK	1 Kontrol	Count	5	8	11	16	40
		% within KELOMPOK	12.5%	20.0%	27.5%	40.0%	100.0%
2 Intervensi	Count	6	11	12	11	40	
	% within KELOMPOK	15.0%	27.5%	30.0%	27.5%	100.0%	
Total	Count	11	19	23	27	80	
	% within KELOMPOK	13.8%	23.8%	28.8%	33.8%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.534 <sup>a</sup>	3	.674
Likelihood Ratio	1.541	3	.673
Linear-by-Linear Association	1.128	1	.288
N of Valid Cases	80		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

## UJI BEDA KEPUASAN PASIEN KELOMPOK KONTROL DAN INTERVENSI

### T-Test

#### Group Statistics

KELOMPOK		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PUAS	1 Kontrol	40	71.4146	12.25596	1.93784
	2 Intervensi	40	94.2317	11.68063	1.84687

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
PUAS	Equal variances assumed	1.209	.275	-8.524	78	.000	-22.8172	2.67697	-28.14660	-17.48774
	Equal variances not assumed			-8.524	77.820	.000	-22.8172	2.67697	-28.14680	-17.48755

#### Group Statistics

KELOMPOK		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PUASNUT	Kontrol	40	69,0392	13,57931	2,14708
	Intervensi	40	94,7652	14,07211	2,22500
PUASAKT	Kontrol	40	66,4106	14,83267	2,34525
	Intervensi	40	93,0897	10,22150	1,61616
PUASTAND	Kontrol	40	73,2479	15,19176	2,40203
	Intervensi	40	96,9115	20,28348	3,20710
PUASOBAT	Kontrol	40	72,1877	15,71593	2,48491
	Intervensi	40	93,3458	12,72840	2,01254
PUAS1	Kontrol	40	61,9363	17,17313	2,71531
	Intervensi	40	83,3818	14,27707	2,25740
PUAS2	Kontrol	40	72,8618	14,59784	2,30812
	Intervensi	40	92,9025	10,97432	1,73519
PUAS3	Kontrol	40	74,2616	15,36483	2,42939
	Intervensi	40	94,3068	11,41585	1,80501
PUAS4	Kontrol	40	73,6177	16,35094	2,58531
	Intervensi	40	95,3529	18,20566	2,87857
PUAS5	Kontrol	40	66,1335	16,09361	2,54462
	Intervensi	40	95,8719	14,84927	2,34788

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
PUASN UT	Equal variances assumed	2,453	,121	-8,320	78	,000	-25,7260	3,09201	-31,88174	-19,57029
	Equal variances not assumed			-8,320	77,901	,000	-25,7260	3,09201	-31,88186	-19,57016
PUASA KT	Equal variances assumed	3,039	,085	-9,367	78	,000	-26,6791	2,84819	-32,34941	-21,00879
	Equal variances not assumed			-9,367	69,225	,000	-26,6791	2,84819	-32,36076	-20,99745
PUAST AND	Equal variances assumed	,575	,451	-5,906	78	,000	-23,6637	4,00690	-31,64077	-15,68653
	Equal variances not assumed			-5,906	72,282	,000	-23,6637	4,00690	-31,65072	-15,67658
PUASO BAT	Equal variances assumed	2,856	,095	-6,617	78	,000	-21,1581	3,19767	-27,52415	-14,79202
	Equal variances not assumed			-6,617	74,772	,000	-21,1581	3,19767	-27,52848	-14,78769
PUAS1	Equal variances assumed	2,662	,107	-6,073	78	,000	-21,4455	3,53112	-28,47543	-14,41560
	Equal variances not assumed			-6,073	75,483	,000	-21,4455	3,53112	-28,47912	-14,41191
PUAS2	Equal variances assumed	1,789	,185	-6,940	78	,000	-20,0407	2,88761	-25,78947	-14,29187
	Equal variances not assumed			-6,940	72,411	,000	-20,0407	2,88761	-25,79646	-14,28487
PUAS3	Equal variances assumed	9,037	,004	-6,623	78	,000	-20,0452	3,02655	-26,07056	-14,01977
	Equal variances not assumed			-6,623	72,001	,000	-20,0452	3,02655	-26,07848	-14,01185
PUAS4	Equal variances assumed	1,214	,274	-5,613	78	,000	-21,7352	3,86911	-29,43799	-14,03240
	Equal variances not assumed			-5,618	77,117	,000	-21,7352	3,86911	-29,43938	-14,03101
PUAS5	Equal variances assumed	2,294	,134	-8,589	78	,000	-29,7384	3,46232	-36,63133	-22,84545
	Equal variances not assumed			-8,589	77,500	,000	-29,7384	3,46232	-36,63203	-22,84475

## ANALISIS REGRESI LINIER BERGANDA

### 1. Analisis bivariat untuk menentukan pemodelan.

- a. Analisis bivariat dengan uji korelasi untuk variabel independen data numerik (umur, jarak dengan rumah sakit dan lama perawatan)

**Correlations**

		UMUR	JARAK	LAMAWAT	PUAS
UMUR	Pearson Correlation	1	.145	.095	-.063
	Sig. (2-tailed)	.	.198	.402	.578
	N	80	80	80	80
JARAK	Pearson Correlation	.145	1	-.262*	.136
	Sig. (2-tailed)	.198	.	.019	.229
	N	80	80	80	80
LAMAWAT	Pearson Correlation	.095	-.262*	1	-.017
	Sig. (2-tailed)	.402	.019	.	.880
	N	80	80	80	80
PUAS	Pearson Correlation	-.063	.136	-.017	1
	Sig. (2-tailed)	.578	.229	.880	.
	N	80	80	80	80

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

- Nilai p variabel umur adalah  $0,578 > 0,25$ , sehingga variabel umur tidak masuk pemodelan multivariat, tetapi dari segi substansi dapat masuk pemodelan.
- Nilai p variabel jarak dengan rumah sakit adalah  $0,229 < 0,25$ , sehingga variabel jarak dengan rumah sakit masuk pemodelan multivariat.
- Nilai p variabel lama rawat adalah  $0,880 > 0,25$ , sehingga variabel lama rawat tidak masuk pemodelan multivariat

- b. Analisis bivariat dengan uji t untuk variabel jenis kelamin (data 2 kategorik)

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
						Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df			Sig. (2-tailed)	Lower	Upper
PUAS	Equal variances assumed	.001	.974	1.131	78	.261	4.1803	3.69479	-3.17546	11.53606
	Equal variances not assumed			1.139	77.931	.258	4.1803	3.67047	-3.12714	11.48774

Nilai p variabel jenis kelamin adalah  $0,261 > 0,25$ , sehingga variabel ini tidak masuk pemodelan multivariat, tetapi dari substansi masuk dalam pemodelan.

- c. Analisis bivariat dengan uji anova untuk variabel independen dengan data katagorik lebih dari 2 mean (pendidikan)

**ANOVA**

PUAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	408.350	2	204.175	.742	.479
Within Groups	21183.304	77	275.108		
Total	21591.654	79			

Nilai p variabel pendidikan adalah  $0,479 > 0,25$  sehingga tidak masuk pemodelan multivariat tetapi secara substansi masuk dalam pemodelan

**ANOVA**

PUAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1876.717	5	375.343	1.409	.231
Within Groups	19714.937	74	266.418		
Total	21591.654	79			

Nilai p variabel diagnosa adalah  $0,231 < 0,25$  berarti masuk dalam pemodelan multivariat

**ANOVA**

PUAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2352.951	3	784.317	3.098	.032
Within Groups	19238.703	76	253.141		
Total	21591.654	79			

Nilai p variabel kelas perawatan adalah  $0,032 < 0,25$  berarti masuk dalam pemodelan multivariat

**2. Uji regresi variabel independent yang memenuhi syarat pemodelan**

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.440 <sup>a</sup>	.194	.127	15.44474

a. Predictors: (Constant), DIDIKAN, SEX, DIAGNOSA, KELAS, JARAK, UMUR

b. Dependent Variable: PUAS

### ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4178.236	6	696.373	2.919	.013 <sup>a</sup>
	Residual	17413.418	73	238.540		
	Total	21591.654	79			

a. Predictors: (Constant), DIDIKAN, SEX, DIAGNOSA, KELAS, JARAK, UMUR

b. Dependent Variable: PUAS

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	109.093	12.387		8.807	.000
	DIAGNOSA	-2.270	1.088	-.229	-2.086	.040
	KELAS	-4.618	1.723	-.294	-2.681	.009
	JARAK	.319	.293	.125	1.089	.280
	UMUR	-.149	.129	-.134	-1.156	.251
	SEX	-5.577	3.523	-.170	-1.583	.118
	DIDIKAN	1.218	2.815	.052	.433	.667

a. Dependent Variable: PUAS

- Pada kotak "Model Summary", R square = 0,194 berarti keenam variabel independen mempengaruhi kepuasan pasien sebesar 19,4%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain.
- Hasil uji statistik pada kotak "anova" didapatkan nilai  $p = 0,013 < 0,05$ , berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan signifikan.
- Hasil uji statistik pada kotak coefficients menunjukkan ada 3 variabel dengan nilai  $p > 0,05$  yaitu jarak ( $p = 0,280$ ), umur ( $p = 0,251$ ), jenis kelamin ( $p = 0,118$ ) dan pendidikan ( $p = 0,667$ ). Variabel ini harus dikeluarkan satu persatu dimulai dari variabel dengan nilai p terbesar.

a. Uji regresi dengan mengeluarkan variabel pendidikan ( $p = 0,667$ )

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.438 <sup>a</sup>	.191	.137	15.35968

a. Predictors: (Constant), KELAS, DIAGNOSA, SEX, JARAK, UMUR

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4133.590	5	826.718	3.504	.007 <sup>a</sup>
	Residual	17458.064	74	235.920		
	Total	21591.654	79			

a. Predictors: (Constant), KELAS, DIAGNOSA, SEX, JARAK, UMUR

b. Dependent Variable: PUAS

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	112.244	9.965		11.264	.000
	UMUR	-.164	.123	-.147	-1.333	.187
	SEX	-5.566	3.503	-.169	-1.589	.116
	JARAK	.275	.273	.108	1.007	.317
	DIAGNOSA	2.260	1.082	-.228	-2.089	.040
	KELAS	-4.798	1.663	-.306	-2.886	.005

a. Dependent Variable: PUAS

- R square setelah variabel jarak dikeluarkan berubah dari 0,194 menjadi 0,191.
- Perubahan dengan coefficient B awal menunjukkan:

Variabel	Ada Pendidikan	Tanpa Pendidikan	Perubahan Coeff.
Diagnosa	-2,270	-2,260	1,0%
Kelas	-4,518	-4,798	18,0%
Jarak	0,319	0,275	4,4%
Umur	-0,149	-0,164	1,5%
Jenis kelamin	-5,577	-5,566	1,0%

Tabel di atas menunjukkan perubahan koef. B lebih dari 10% pada variabel kelas, sehingga variabel pendidikan dimasukkan kembali dalam pemodelan multivariat.

- b. Uji regresi dengan mengeluarkan variabel (jarak = 0,280)

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.425 <sup>a</sup>	.180	.125	15.46415

a. Predictors: (Constant), DIDIKAN, SEX, DIAGNOSA, KELAS, UMUR

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3895.309	5	779.062	3.258	.010 <sup>a</sup>
	Residual	17696.345	74	239.140		
	Total	21591.654	79			

a. Predictors: (Constant), DIDIKAN, SEX, DIAGNOSA, KELAS, UMUR

b. Dependent Variable: PUAS

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	113.773	11.632		9.781	.000
	UMUR	-.145	.129	-.131	-1.128	.263
	SEX	-5.340	3.520	-.162	-1.517	.134
	DIAGNOSA	-2.350	1.087	-.237	-2.162	.034
	KELAS	-4.951	1.698	-.315	-2.917	.005
	DIDIKAN	.150	2.642	.006	.057	.955

a. Dependent Variable: PUAS

- R square setelah variabel jarak dikeluarkan berubah dari 0,194 menjadi 0,180.
- Perubahan dengan coefficient B awal menunjukkan:

Variabel	Ada Jarak	Tanpa Jarak	Perubahan Coeff.
Diagnosa	-2,270	-2,350	8,0%
Kelas	-4,618	-4,951	33,3%
Pendidikan	1,218	0,150	106,8%
Umur	-0,149	-0,145	0,4%
Jenis kelamin	-5,577	-5,340	23,7%

Tabel di atas menunjukkan perubahan koef. B lebih dari 10% pada variabel kelas, pendidikan dan jenis kelamin, sehingga variabel jarak dimasukkan kembali dalam pemodelan multivariat.

- c. Uji regrese dengan mengeluarkan variabel umur (p = 0,251)

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.423 <sup>a</sup>	.179	.123	15.47979

a. Predictors: (Constant), JARAK, SEX, DIAGNOSA, KELAS, DIDIKAN

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3859.490	5	771.898	3.221	.011 <sup>a</sup>
	Residual	17732.165	74	239.624		
	Total	21591.654	79			

a. Predictors: (Constant), JARAK, SEX, DIAGNOSA, KELAS, DIDIKAN

b. Dependent Variable: PUAS

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	99.607	9.300		10.711	.000
	SEX	-5.059	3.502	-.154	-1.445	.153
	DIAGNOSA	-1.978	1.061	-.199	-1.865	.066
	KELAS	-4.607	1.727	-.293	-2.668	.009
	DIDIKAN	2.112	2.713	.091	.778	.439
	JARAK	.311	.294	.122	1.058	.293

a. Dependent Variable: PUAS

- R square setelah variabel jarak dikeluarkan berubah dari 0,194 menjadi 0,179.
- Perubahan dengan coefficient B awal menunjukkan:

Variabel	Ada Umur	Tanpa Umur	Perubahan Coeff.
Diagnosa	-2,270	-1,978	23,2%
Kelas	-4,618	-4,607	1,1%
Pendidikan	1,218	2,112	89,4%
Jarak	-0,319	-0,311	0,8%
Jenis kelamin	-5,577	-5,059	51,8%

Tabel di atas menunjukkan perubahan koef. B lebih dari 10% pada variabel diagnosa, pendidikan dan jenis kelamin, sehingga variabel umur dimasukkan kembali dalam pemodelan multivariat.

- d. Uji regresi dengan mengeluarkan variabel jenis kelamin (p = 0,118)

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.407 <sup>a</sup>	.166	.109	15.60119

a. Predictors: (Constant), UMUR, KELAS, JARAK, DIAGNOSA, DIDIKAN

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3580.256	5	716.051	2.942	.018 <sup>a</sup>
	Residual	18011.398	74	243.397		
	Total	21591.654	79			

a. Predictors: (Constant), UMUR, KELAS, JARAK, DIAGNOSA, DIDIKAN

b. Dependent Variable: PUAS

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	99.860	11.039		9.046	.000
	DIAGNOSA	-2.346	1.098	-.236	-2.136	.036
	KELAS	-4.381	1.734	-.279	-2.527	.014
	DIDIKAN	1.185	2.844	.051	.417	.678
	JARAK	.291	.296	.114	.983	.329
	UMUR	-.123	.129	-.110	-.952	.344

a. Dependent Variable: PUAS

- R square setelah variabel jarak dikeluarkan berubah dari 0,194 menjadi 0,166.
- Perubahan dengan coefficient B awal menunjukkan:

Variabel	Ada Jenis kelamin	Tanpa Jenis Kelamin	Perubahan Coeff.
Diagnosa	-2,270	-2,346	7,6%
Kelas	-4,618	-4,381	23,7%
Pendidikan	1,218	1,185	3,3%
Jarak	-0,319	0,291	2,8%
Umur	-0,149	-0,123	2,6%

Tabel di atas menunjukkan perubahan koef. B lebih dari 10% pada variabel kelas, sehingga variabel jenis kelamin dimasukkan kembali dalam pemodelan multivariat.

e. Model multivariat terakhir adalah sebagai berikut:

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.440 <sup>a</sup>	.194	.127	15.44474

a. Predictors: (Constant), SEX, JARAK, DIAGNOSA, KELAS, UMUR, DIDIKAN

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4178.236	6	696.373	2.919	.013 <sup>a</sup>
	Residual	17413.418	73	238.540		
	Total	21591.654	79			

a. Predictors: (Constant), SEX, JARAK, DIAGNOSA, KELAS, UMUR, DIDIKAN

b. Dependent Variable: PUAS

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	109.093	12.387		8.807	.000
	DIAGNOSA	-2.270	1.088	-.229	-2.086	.040
	KELAS	-4.618	1.723	-.294	-2.681	.009
	DIDIKAN	1.218	2.815	.052	.433	.667
	JARAK	.319	.293	.125	1.089	.280
	UMUR	-.149	.129	-.134	-1.156	.251
	SEX	-5.577	3.523	-.170	-1.583	.118

a. Dependent Variable: PUAS

### 3. Melakukan diagnostik regresi linier untuk pengujian asumsi

#### a. Asumsi Independensi

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.440 <sup>a</sup>	.194	.127	15.44474	1.060

a. Predictors: (Constant), SEX, JARAK, DIAGNOSA, KELAS, UMUR, DIDIKAN

b. Dependent Variable: PUAS

Hasil uji Durbin-Watson menunjukkan nilai 1,060. Hal ini berarti asumsi independensi terpenuhi karena nilainya berada diantara -2 s/d +2

#### b. Asumsi eksistensi (variabel random)

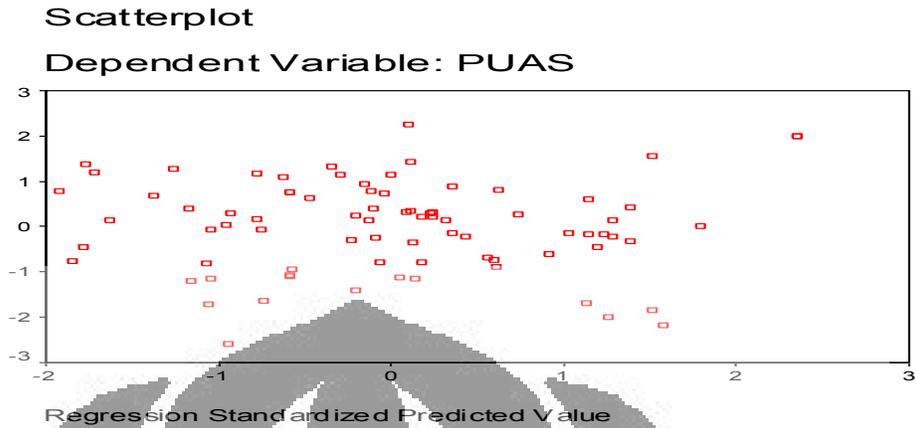
**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	68.8629	99.8818	82.8231	7.27249	80
Std. Predicted Value	-1.920	2.346	.000	1.000	80
Standard Error of Predicted Value	3.10130	6.42276	4.50846	.74357	80
Adjusted Predicted Value	67.3863	97.9193	82.9052	7.52358	80
Residual	-38.6682	33.4754	.0000	14.84665	80
Std. Residual	-2.504	2.167	.000	.961	80
Stud. Residual	-2.578	2.252	-.002	1.009	80
Deleted Residual	-41.0109	36.1358	-.0820	16.36665	80
Stud. Deleted Residual	-2.686	2.318	-.004	1.022	80
Mahal. Distance	2.198	12.674	5.925	2.300	80
Cook's Distance	.000	.120	.015	.022	80
Centered Leverage Value	.028	.160	.075	.029	80

a. Dependent Variable: PUAS

Hasil uji asumsi eksistensi menunjukkan *mean residual* 0,000 dan standar deviasi 14,84665. Dengan demikian asumsi eksistensi terpenuhi (karena residual menunjukkan *mean* mendekati nilai nol dan ada sebaran/ standar deviasi).

c. Asumsi homoscedascity



Hasil plot menunjukkan asumsi homoscedascity terpenuhi, karena tebaran titik mempunyai pola yang sama antara titik-titik yang berada di atas dan di bawah garis diagonal (0).

d. Asumsi Linearitas

**ANOVA<sup>b</sup>**

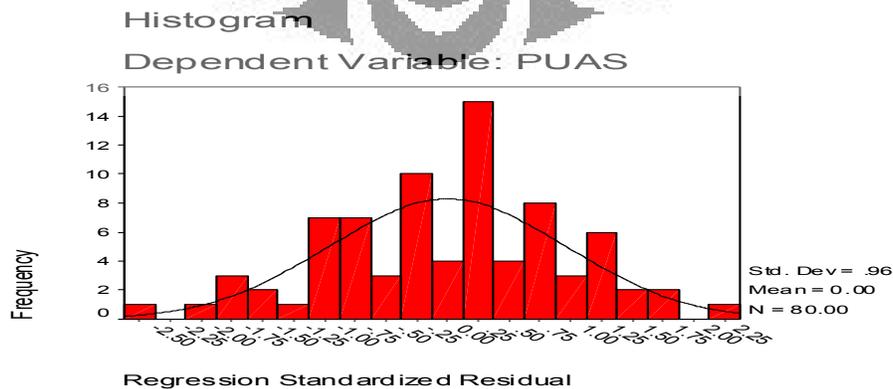
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4178.236	6	696.373	2.919	.013 <sup>a</sup>
	Residual	17413.418	73	238.540		
	Total	21591.654	79			

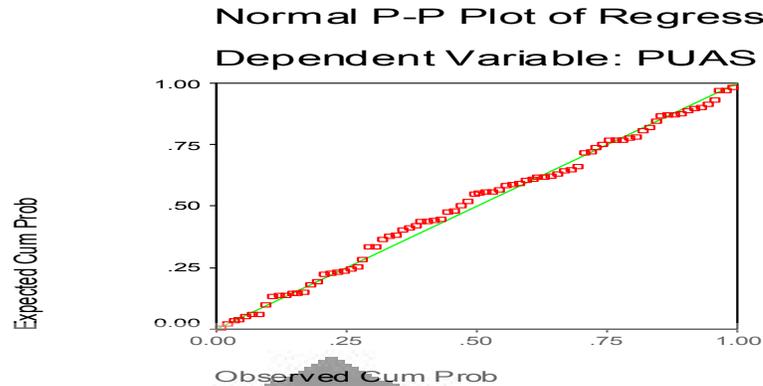
a. Predictors: (Constant), SEX, JARAK, DIAGNOSA, KELAS, UMUR, DIDIKAN

b. Dependent Variable: PUAS

Hasil uji anova menunjukkan asumsi linearitas terpenuhi karena nilai p (0,013) <  $\alpha$  (0,05).

e. Asumsi normalitas





Grafik histogram dan P-P plot menunjukkan bentuk distribusinya normal. Berarti asumsi normality terpenuhi, karena data menyebar di sekitar diagonal dan mengikuti arah garis regresi.

f. Pengujian kolinearitas antar variabel independen

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	109.093	12.387		8.807	.000		
	DIAGNOSA	-2.270	1.088	-.229	-2.086	.040	.919	1.088
	KELAS	-4.618	1.723	-.294	-2.681	.009	.918	1.089
	DIDIKAN	1.218	2.815	.052	.433	.667	.753	1.329
	JARAK	.319	.293	.125	1.089	.280	.841	1.189
	UMUR	-.149	.129	-.134	-1.156	.251	.826	1.211
	SEX	-5.577	3.523	-.170	-1.583	.118	.964	1.038

a. Dependent Variable: PUAS

Uji kolinearitas menunjukkan tidak ada kolieniaritas/ korelasi antara variabel independen, dimana nilai VIF (*variance inflation factor*) tidak lebih dari 10

**Kesimpulan:**

Hasil uji asumsi dan kolieniaritas menunjukkan bahwa semua asumsi dan uji kolieniaritas terpenuhi, sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

**4. Analisis interaksi antara 2 variabel dependen.**

Analisis ini tidak dilakukan, karena secara substansi antar variabel dipandang tidak ada interaksi.

5. **Pemodelan regresi linier berganda adalah:**

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.440 <sup>a</sup>	.194	.127	15.44474	1.060

a. Predictors: (Constant), SEX, JARAK, DIAGNOSA, KELAS, UMUR, DIDIKAN

b. Dependent Variable: PUAS

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4178.236	6	696.373	2.919	.013 <sup>a</sup>
	Residual	17413.413	73	238.540		
	Total	21591.654	79			

a. Predictors: (Constant), SEX, JARAK, DIAGNOSA, KELAS, UMUR, DIDIKAN

b. Dependent Variable: PUAS

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	109.093	12.387		8.807	.000		
	DIAGNOSA	-2.270	1.088	-.229	-2.086	.040	.919	1.088
	KELAS	-4.618	1.723	-.294	-2.681	.009	.918	1.089
	DIDIKAN	1.218	2.815	.052	.433	.667	.753	1.329
	JARAK	.319	.293	.125	1.089	.280	.841	1.189
	UMUR	-.149	.129	-.134	-1.156	.251	.826	1.211
	SEX	-5.577	3.523	-.170	-1.583	.118	.964	1.038

a. Dependent Variable: PUAS

**Interpretasi:**

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel independen yang masuk ke pemodelan regresi adalah diagnosa penyakit, kelas perawatan, pendidikan, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin. Pada tabel “*Model Summary*” didapatkan R square 0,194 yang berarti model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 19,4% variabel kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

Pada kotak “*ANOVA*” hasil uji F menunjukkan nilai p = 0,013 yang berarti pada alpha 5% model regresi cocok dengan data yang ada.

Pada kotak *coefficient* (pada kolom B) didapatkan persamaan garis regresi sebagai berikut:

$$\text{Kepuasan Pasien} = 109,093 - 2,270 \text{ diagnosa} - 4,618 \text{ kelas} + 1,218 \text{ pendidikan} + 0,319 \text{ jarak} - 0,149 \text{ umur} - 5,577 \text{ jenis kelamin}$$

Model tersebut memiliki arti:

- Setiap perubahan diagnosa penyakit maka kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan menurun sebesar 2,270 setelah dikontrol oleh variabel kelas perawatan, pendidikan, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin.
- Setiap kenaikan kelas perawatan, maka tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan meningkat sebesar 4,618 setelah dikontrol oleh variabel diagnosa penyakit, pendidikan, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin.
- Setiap kenaikan 1 tingkat pendidikan pasien, maka tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan meningkat sebesar 1,218 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan jenis kelamin.
- Setiap penambahan 1 kilometer jarak rumah dengan rumah sakit, maka tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan meningkat sebesar 0,319 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, pendidikan, umur dan jenis kelamin.
- Setiap penambahan umur 1 tahun, maka tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan menurun sebesar 0,149 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, jarak rumah dengan rumah sakit, pendidikan dan jenis kelamin.
- Pada jenis kelamin perempuan, tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan akan menurun sebesar 5,577 setelah dikontrol dengan variabel diagnosa penyakit, kelas perawatan, jarak rumah dengan rumah sakit, umur dan pendidikan.

Berdasar kolom Beta dapat disimpulkan bahwa variabel yang memiliki pengaruh besar terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan adalah variabel kelas perawatan, yaitu sebesar 0,294.

### Descriptive Statistics

		Mean	Minimum	Maximum	Std. Deviation
Nutrisi	Keandalan	96.2162	40.00	200.00	27.94453
	ketanggapan	91.5139	40.00	160.00	20.06656
	jaminan	103.6984	75.00	550.00	73.23216
	Kepedulian	98.6354	66.67	155.56	18.88931
	Bukti langsung	100.4020	70.00	300.00	47.54930
Aktifitas	Keandalan	92.4505	47.06	144.44	20.89206
	ketanggapan	93.4375	72.73	133.33	12.46532
	jaminan	92.0105	70.00	142.86	13.50153
	Kepedulian	94.8161	66.67	141.67	15.99605
	Bukti langsung	102.8225	60.00	300.00	48.48761
Tanda dan gejala	Keandalan	126.1558	50.00	800.00	158.28784
	ketanggapan	94.4372	72.22	121.43	11.72199
	jaminan	97.1521	71.43	150.00	17.58699
	Kepedulian	98.0848	73.33	209.09	28.09019
	Bukti langsung	96.3937	76.67	136.36	11.97599
Obat-obatan	Keandalan	94.2809	50.00	158.33	21.44306
	ketanggapan	92.2995	66.67	185.71	18.11498
	jaminan	94.3886	44.83	150.00	16.01314
	Kepedulian	93.2078	45.16	152.63	19.77602
	Bukti langsung	97.1065	70.00	181.82	20.02424

## **Apakah hipertensi itu?**

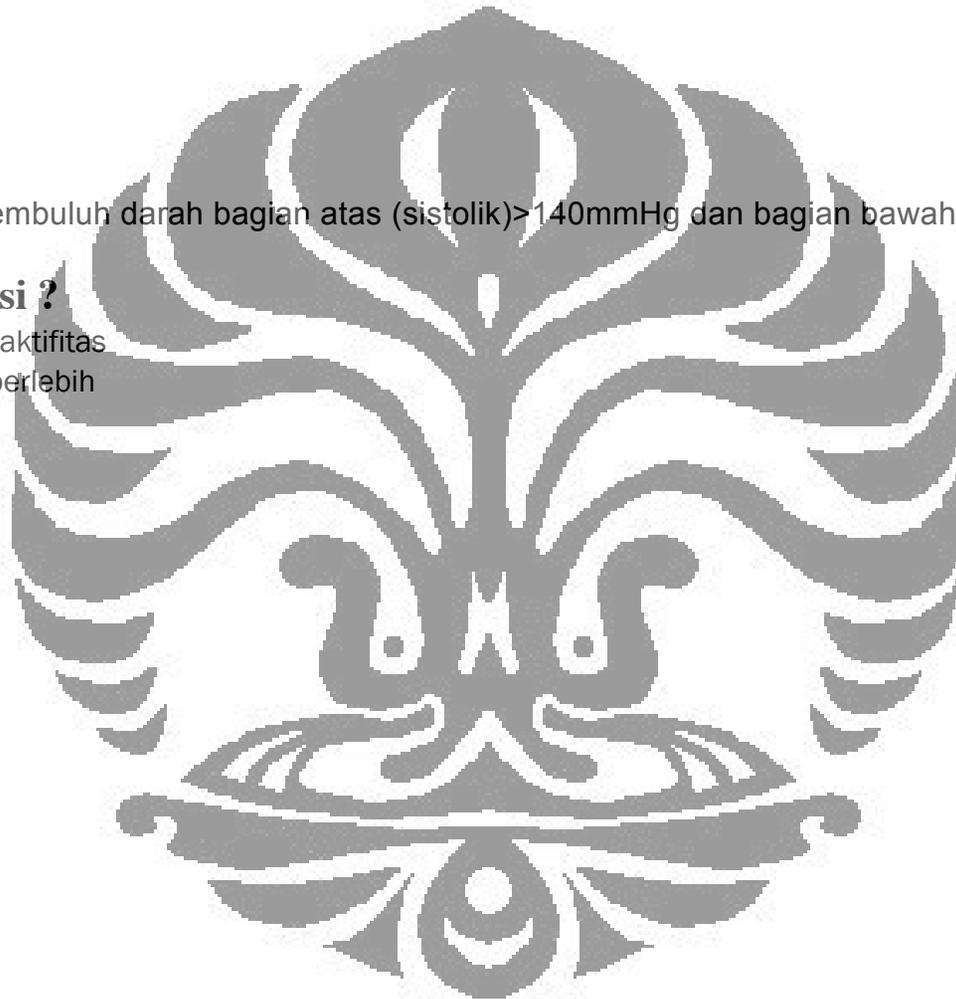
Peningkatan tekanan dalam pembuluh darah bagian atas (sistolik) > 140mmHg dan bagian bawah (diastolik) > 90mmHg

## **Apa penyebab hipertensi ?**

- Λ Gaya hidup tak sehat/kurang aktifitas
- Λ Konsumsi garam dan lemak berlebih
- Λ Merokok
- Λ Minum-minuman beralkohol
- Λ Kurang olahraga
- Λ Kegemukan
- Λ Stres / banyak pikiran

## **Gejala hipertensi**

- Λ Sakit kepala
- Λ Rasa tegang di tengkuk
- Λ Keletihan
- Λ Napas pendek, terengah-engah



- Λ Telinga berdenging
- Λ Sulit tidur
- Λ Mudah lelah dan lemas

### **Mengapa hipertensi harus dicegah?**

Hipertensi dapat menyebabkan:

- Λ Penyakit jantung
- Λ Serangan otak/ Stroke
- Λ Penglihatan menurun
- Λ Gangguan gerak dan keseimbangan
- Λ Kerusakan ginjal

### **Bagaimana makanan untuk menghindari hipertensi ?**

Λ

Kurangi konsumsi garam berlebih dalam makanan seperti: garam dapur < 1 sendok teh/ hari

- Λ Hindari makan ikan asin, telur asin, penyedap masakan, kecap, biskuit, makanan yang dikaleng.
- Λ Perbanyak makan makanan tinggi serat: sayur & buah (kebutuhan 25-30mg/ hr).
- Λ Batasi konsumsi makan berkolesterol tinggi, seperti: kuning telur, jeroan, udang, kepiting, otak, paru).
- Λ Lemak yang boleh dikonsumsi: minyak ikan, minyak nabati (kacang tanah).
- Λ Batasi minum kopi
- Λ Jangan merokok dan minum minuman beralkohol
- Λ Perbanyak minum 1,5 - 2 L/ hari
- Λ Perbanyak makanan yang banyak mengandung kalsium (susu, keju)

Λ

Perbanyak makanan yang mengandung kalium ( pisang, kentang, bayam, tomat, sereal)

Λ Perbanyak makanan yang mengandung magnesium (sayuran hijau)

### **Tujuan pengaturan makanan**

Λ Menurunkan tekanan darah

Λ Mengurangi berat badan

Λ Menurunkan kolesterol darah

Λ Mengurangi kelebihan garam di tubuh

Λ Memperbaiki kerja pembuluh darah

### **Lingkungan yang aman untuk penderita hipertensi**

★ Suara yang tidak gaduh

★ Nyaman

★ Lantai tidak licin

★ Pencahayaan cukup

★ Gaya hidup sehat

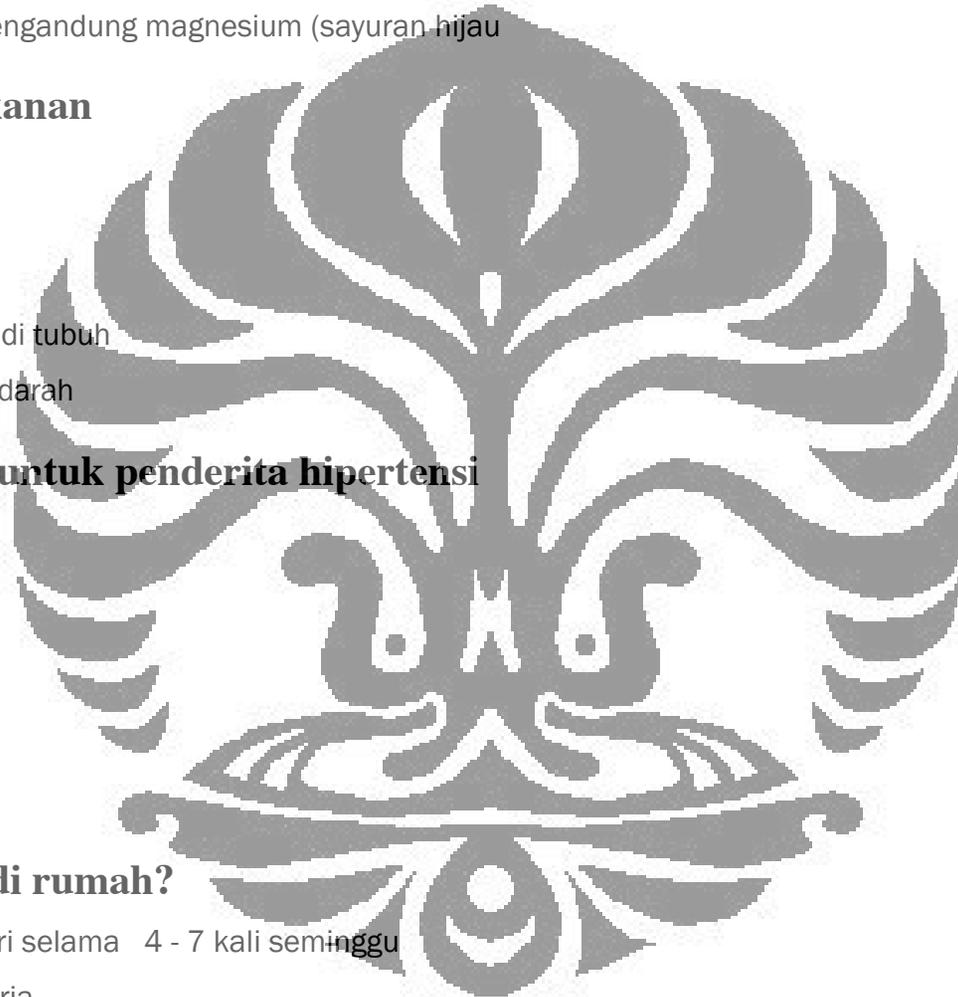
### **Bagaimana beraktifitas di rumah?**

Λ Jalan kaki 30- 60 menit sehari selama 4 - 7 kali seminggu

Λ Beraktifitas sehari-hari/ bekerja

Λ Cukup istirahat dan tidur

Λ Jangan mengangkat beban yang berat atau mengejan



## **Upaya Mengurangi stress:**

- Λ Istirahat dari kerja sehari-hari jika tak mampu menyelesaikan.
- Λ Melihat dan menilai sesuatu secara positif.
- Λ Membagi tugas yang sulit dengan orang lain
- Λ Relaksasi untuk mengurangi cemas dengan berbaring.

## **Tujuan Pengobatan**

Menurunkan tekanan darah sampai dengan tingkat yang normal

## **Cara Pengobatannya**

Λ Medis

- Dengan minum obat anti tekanan darah tinggi dengan resep dokter.

Λ Tradisional

•

Dua (2) buah timun dimakan pagi dan sore atau diparut, diperas dan diambil airnya diminum pagi dan sore hari

- Daun salam 10 lembar direbus dalam dua gelas air sampai airnya tinggal satu gelas diminum pagi dan sore
- Daun alpokat 10 lembar direbus dalam dua gelas air sampai airnya tinggal satu gelas, diminum pagi dan sore

## **Efek pengobatan**

Gejala yang mungkin terjadi adalah:



Pusing ketika bangkit dari duduk/ berbaring

Gangguan tidur

Mulut kering

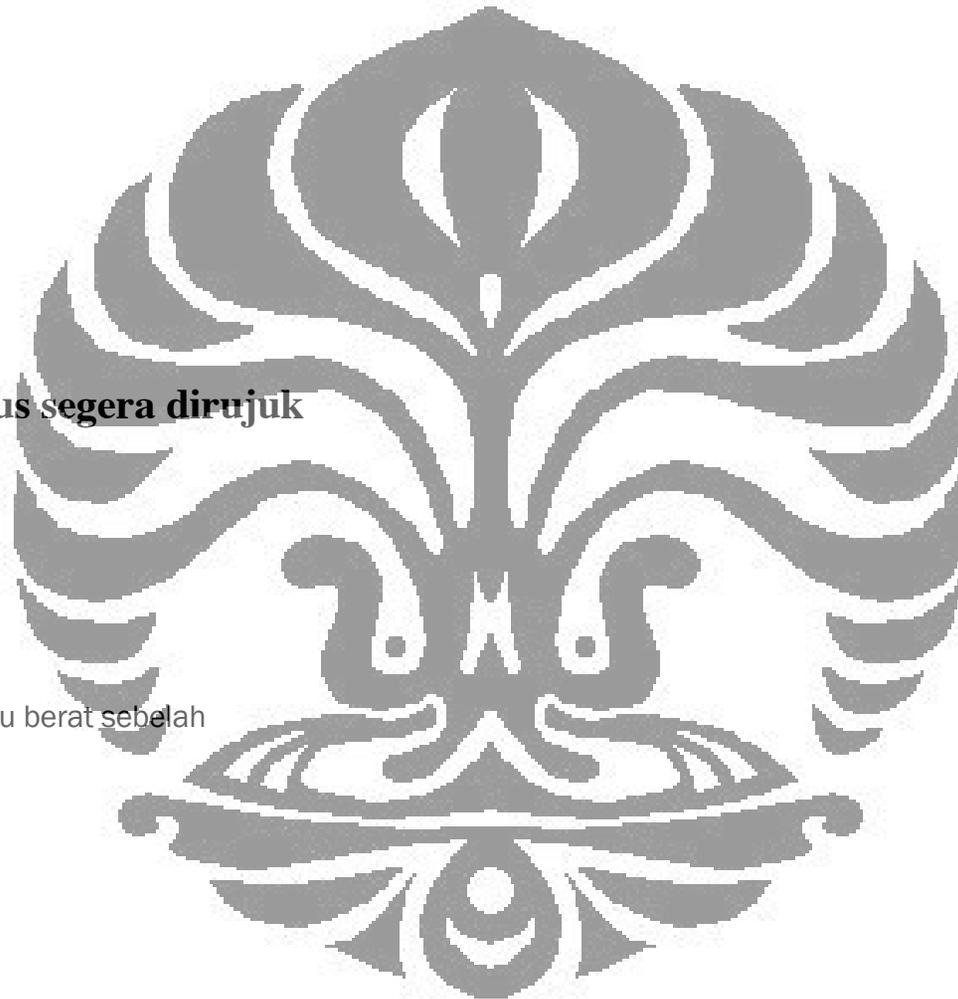
Bingung

Nyeri kepala

Sulit buang air besar

Batuk

Sering buang air kecil



### **Gejala apakah yang harus segera dirujuk**

- Λ Kesemutan
- Λ Gangguan pandangan
- Λ Kaki/ tangan terasa berat atau berat sebelah
- Λ Nyeri dada
- Λ Nyeri kepala/ vertigo
- Λ Muntah-muntah
- Λ Sesak napas

## **Apakah diabetes Mellitus?**

Penyakit akibat kurang insulin tubuh sehingga menimbulkan gangguan metabolisme gula.

## **Apakah gejala DM ?**

•

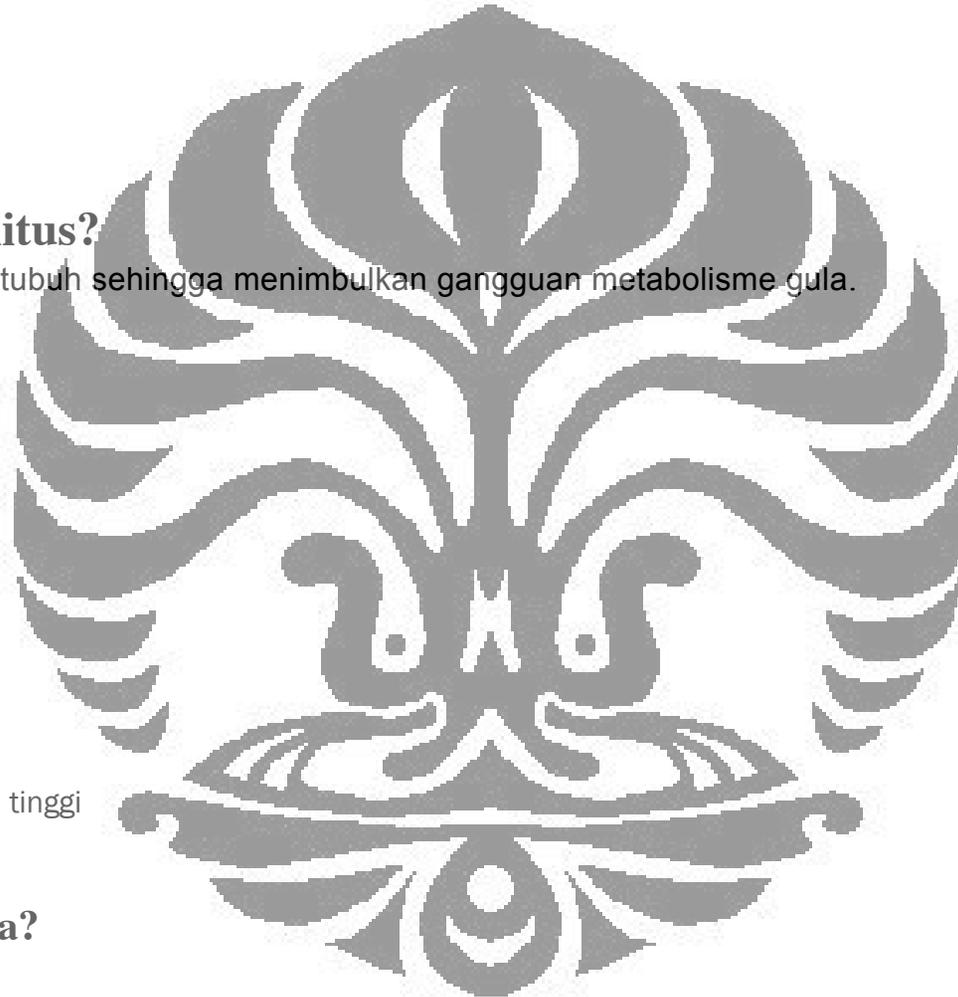
Banyak makan

- Banyak minum
- Banyak kencing
- Lemah badan
- Kesemutan
- Gangguan seksual
- Gangguan penglihatan
- Tanda pasti: kadar gula darah tinggi

## **Bagaimana mengatasinya?**

- ★ Aktifitas
- ★ Diet DM
- ★ Obat anti DM

## **Apakah yang dapat terjadi dari penyakit Diabetes Mellitus?**



### **Akibat jangka pendek:**

- Kadar gula darah rendah
- Gangguan kesadaran akibat tingginya kadar gula darah.
- Gangguan kesadaran akibat rendahnya kadar gula darah.

### **Akibat jangka panjang**

- Infeksi (mudah terserang penyakit)
- Mata ( katarak, glaukoma, buta)
- Mulut (ludah kental, radang mulut dan gusi, gangguan rasa makanan)
- Jantung : serangan jantung, penyakit jantung koroner.
- Gangguan fungsi seksual/ impoten
- Pati rasa, kram, nyeri otot
- Luka yang tak sembuh-sembuh

### **Bagaimana aktifitas untuk penderita DM?**

ω

Gerak badan 1/2 - 1 jam stlh, makan

ω Latihan rutin 2 - 3 kali/ minggu

ω Latihan disesuaikan dg kemampuan fisik

ω Latihan yang baik adalah jalan-jalan

## Mengapa harus latihan?

- ⌘ Membantu kerja hormon insulin sehingga kadar gula darah menurun.
- ⌘ Menurunkan kolesterol darah
- ⌘ Menurunkan berat badan

Tim Pendidikan Kesehatan  
RSD Kabupaten Madiun

## Bagaimana diet DM?

- ♣ Diet sama pentingnya dg obat
- ♣ Prinsip diet adalah tepat jadwal, tepat jumlah kalori yang harus dihabiskan, dan tepat jenis makanan yang harus dihindari.
- ♣ Kumur sesudah makan sampai bersih.
- ♣

Pandai mengatur daftar makanan pengganti.

- ♣ Memantau berat badan.
- ♣ Makan pada waktu yang sama tiap hari untuk menyediakan hormon insulin sehingga kadar gula normal.
- ♣ Usahakan makan tiga kali sehari. Ikuti nasehat ahli diet atau dokter tentang makanan.

- ♣ Jika berat badan lebih, turunkan berat badan untuk menurunkan kadar gula darah dan kolesterol.
- ♣ Makanlah makanan yang banyak serat, seperti sayuran hijau, buah-buahan, karena serat menyebabkan perut terasa penuh.
- ♣ Hindari makanan berlemak seperti margarin, minyak kelapa dan kue kering.
- ♣ Makanlah makanan yang rendah kalori.
- ♣

Makanlah ikan 3/ lebih dalam seminggu untuk memperoleh omega 3 yang melawan penyakit jantung.

- ♣ Gantilah gula dengan bahan pemanis seperti aspartame, saccharin, sucralose jika tidak hamil.
- ♣ Janganlah merokok karena merokok menyebabkan kadar gula darah akibat terganggunya kerja hormon insulin.

### **Bagaimana merawat kulit ?**

- ♣ Periksa kulit setiap hari setelah mandi terutama pada kaki dan lipatan kulit.
- ♣ Gunakan sepatu yang lunak, hak pendek dan jangan sempit
- ♣ Selalu menggunakan alas kaki.
- ♣ Hindari terjadinya luka
- ♣ Kuku sebaiknya dikikir, pemotongan jangan terlalu pendek.
- ♣ Cuci kaki dan keringkan, beri perhatian khusus sela-sela jari.
- ♣ Gunakan lotion / bedak bila kaki kering tapi tidak pada sela-sela, hindari merendam dengan air hangat.
- ♣ Bila penglihatan menurun, anjurkan minta bantuan orang lain dalam perawatan kaki
- ♣ Lakukan senam kaki secara teratur

- ♣ Gunakan kaos kaki bila kaki kedinginan
- ♣ Bila luka tak sembuh-sembuh segera bawa ke rumah sakit.

### **Kapan harus segera ke dokter/ rumah sakit?**

- ♣ Merasakan sangat haus dan sering kencing yang berlebihan.



Merasa sakit perut atau muntahan lebih dari sekali.

- ♣ Sesak napas (napas cepat dan dalam)
- ♣ Nafas berbau manis.
- ♣ Menggigil, merasa ngantuk, lemah, pusing atau melihat ganda.
- ♣ Merasakan gerakan tidak teratur.
- ♣ Hasil pemeriksaan gula darah jauh lebih tinggi atau lebih rendah dari normal.

### **Apakah hepatitis ?**

Adalah peradangan dari sel-sel liver yang menyebar terutama akibat virus

### **Apakah penyebab hepatitis?**

- ★ Infeksi virus
- ★ Obat-obatan, bahan kimia, dan racun
- ★ Transfusi darah

### **Apakah gejala hepatitis ?**

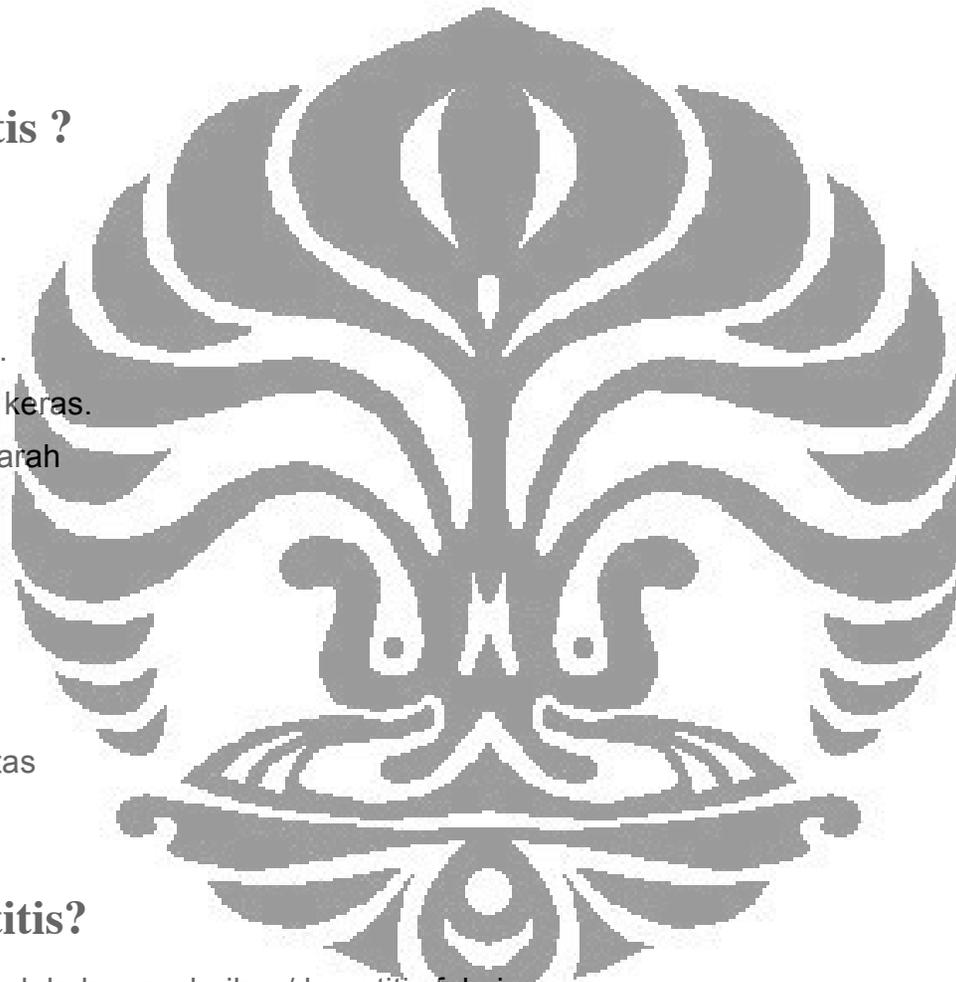
- ★ Penurunan berat badan
- ★ Kulit dan mata kuning
- ★ Kurang darah
- ★ Air kencing berwarna gelap.
- ★ Kadang-kadang hati teraba keras.
- ★ Berak darah atau muntah darah
- ★

Lemah, nyeri otot, nyeri sendi

- ★ Sakit kepala,
- ★ Mual dan muntah
- ★ Nyeri perut bagian kanan atas
- ★ Gatal-gatal

### **Apakah bahaya hepatitis?**

- Kegagalan sel liver untuk melakukan perbaikan/ hepatitis fulminan.
- Hepatitis kronik / hepatitis B
- Sirosis hepatis/ jaringan parut di hati



## **Bagaimana perawatan penderita hepatitis?**

- Mencegah kelelahan untuk mengurangi kerja hati.
- Mengatur makanan sesuai dengan diet.
- Menggunakan obat sesuai dengan resep dokter.
- Mencegah penularan ke orang lain.

## **Bagaimana harus beraktifitas?**

- ♣ Banyak istirahat
- ♣ Mengurangi aktifitas
- ♣ Melakukan aktifitas ringan bila hasil fungsi hati telah membaik

## **Mengapa harus banyak istirahat**

- ♣ Untuk mengurangi beban kerja hati
- ♣ Mencegah kelelahan

## **Gejala apakah yang perlu segera di bawa ke dokter/ rumah sakit?**

- ♣ Muntah darah



- ♣ Berak darah
- ♣ Muntah bertambah hebat
- ♣ Kulit dan mata kuning

### **Apakah makanan yang harus dimakan ?**

- ♣ Makan makanan ringan, banyak karbohidrat
- ♣

Perbanyak makanan yang mengandung protein (tempe, tahu, susu rendah lemak) .

- ♣ Banyak makan yang mengandung vitamin terutama vitamin B (biji-bijian: beras, kedelai, jagung).
- ♣ Perbanyak makanan yang mengandung zat besi (sayuran hijau)
- ♣ Batasi cairan 1 jam sebelum dan sesudah makan untuk mencegah rasa tidak enak di perut.
- ♣ Makanlah dengan porsi sedikit, frekuensi sering untuk meningkatkan energi
- ♣ Jaga kebersihan mulut agar meningkatkan nafsu makan.
- ♣ Minum air hangat manis sebelum makan jika terasa mual
- ♣ Makan makanan yang agak lunak

### **Apakah makanan yang harus dihindari ?**

- ♣ Hindari minum alkohol
- ♣ Hindari makan makanan tinggi lemak seperti: krim, susu, mentega, coklat, kuning telur, alpukat, lemak.

- ♣ Hindari sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung gas seperti kol, nangka, sawi, duren, broccoli



Hindari makanan yang mengandung pemanis buatan.

- ♣ Kurangi makanan yang mengandung pewarna
- ♣ Kurangi makanan yang mengandung penyedap rasa.
- ♣ Kurangi makanan yang merangsang lambung seperti makanan pedas, asam

## **Mengapa makan harus diatur?**

- ★ Mengurangi nyeri ulu hati
- ★ Mengurangi beban kerja hati
- ★ Meningkatkan proses pencernaan makanan
- ★ Meningkatkan masukan makanan
- ★ Membantu melawan infeksi

## **Bagaimana penggunaan obat-obatan?**

- ♣ Minum obat secara teratur sesuai dengan waktu yang ditentukan.
- ♣ Minum obat sesuai dengan dosis yang ditetapkan.
- ♣ Minum obat sesuai dengan cara yang disarankan.
- ♣ Hindari obat-obatan yang tidak diresepkan dokter karena dapat mengganggu fungsi hati.



**Tim Pendidikan Kesehatan  
RSD Kabupaten Madiun**

**Apakah Serangan jantung?**

Serangan jantung terjadi jika aliran darah menuju ke otot jantung terganggu, sehingga menyebabkan gangguan fungsi jantung.

**Apakah faktor risiko serangan jantung ?**



Kelebihan berat badan

♣ Kolesterol darah tinggi

♣ Kadar gula darah tinggi (Diabetes Mellitus)

♣ Tekanan darah tinggi

♣ Merokok

♣ Terlalu banyak stress

- ♣ Kurang aktifitas/ latihan

## **Bagaimana cara memulihkan dari suatu serangan jantung?**



Mengatur aktifitas sesuai dengan kekuatan fungsi jantung.

- ♣ Menghindari stress.
- ♣ Mengatur diet
- ♣ Menggunakan obat-obatan sesuai petunjuk

## **Mengapa latihan penting?**

Latihan bermanfaat untuk:

- ♣ Memperkuat otot jantung, sehingga menjadi lebih giat.
- ♣ Menurunkan berat badan
- ♣ Menurunkan tekanan darah
- ♣ Menurunkan kolesterol dalam darah

## **Bagaimana cara melakukan latihan?**

- ♣ Melakukan test treadmill untuk mengukur kemampuan jantung dan rencana program latihan/ aktifitas yang akan dilakukan.
- ♣ Latihan dilakukan secara bertahap mulai aktifitas ringan dan pelan untuk memulihkan jantung ( mulai berlatih bangun sampai berjalan).



Latihan dilakukan 3 - 4 kali seminggu selama 10 - 30 menit.

- ♣ Latihan dimulai dari pemanasan badan dengan peregangan otot selama 5 - 15 menit.
- ♣ Jenis latihan yang baik adalah seluruh badan harus bergerak, seperti berjalan, bersepeda, latihan berlari konstan di udara yang segar.
- ♣ Hindari aktifitas yang berat yang dapat meningkatkan beban jantung
- ♣ Hindari latihan yang mendadak/ tanpa pemanasan.

### **Kapan dapat mulai bekerja aktif lagi?**

- ♣ Kebanyakan orang dapat kembali bekerja dalam waktu tiga bulan setelah serangan.
- ♣ Waktu yang diperlukan untuk bekerja tergantung kondisi jantung dan jenis pekerjaannya.

### **Mengapa harus memperhatikan makanan?**

- ♣ Menurunkan berat badan/ menjaga berat badan ideal
- ♣ Menurunkan kolesterol dalam darah
- ♣ Menurunkan tekanan darah

### **Bagaimana makanan untuk penderita jantung ?**

Λ

Kurangi konsumsi garam berlebih dalam makanan seperti: garam dapur < 1 sendok teh/ hari, ikan asin, telur asin, penyedap masakan kecap.

- Λ Banyak makan makanan tinggi serat: sayur & buah (kebutuhan 25-30mg/ hr).
- Λ Perbanyak makanan yang mengandung asam lemak omega 3 (ikan laut, minyak kedelai, jagung, kacang)

- Λ Batasi konsumsi makan berkolesterol tinggi, seperti: kuning telur, jeroan, udang, kepiting.
- Λ Lemak yang boleh dikonsumsi: minyak ikan, minyak nabati (kacang tanah). Perbanyak makanan yang banyak mengandung kalsium (susu, keju), kalium (pisang, kenyang, bayam, tomat, sereal) dan magnesium (sayuran hijau)
- Λ Batasi minum kopi
- Λ Jangan merokok
- Λ Jangan minum minuman beralkohol

### **Bagaimana obat untuk serangan jantung**



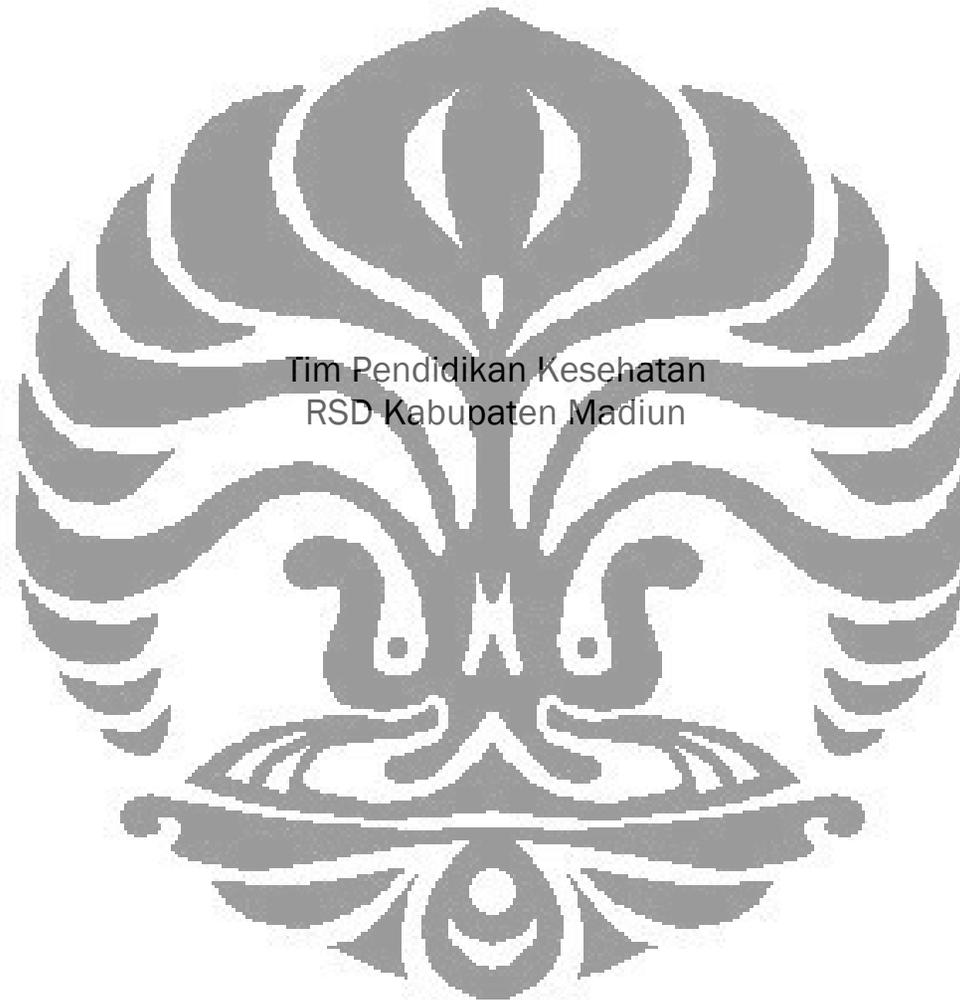
Minum obat secara teratur sesuai dengan waktu yang ditentukan.

- ♣ Minum obat sesuai dengan dosis yang ditetapkan.
- ♣ Minum obat sesuai dengan cara yang disarankan.
- ♣ Hindari obat-obatan yang tidak diresepkan dokter karena beberapa obat dapat mengganggu fungsi jantung

### **Gejala apa yg perlu segera dirujuk ?**

- ♣ Sesak napas lebih dari 10 menit
- ♣ Nyeri dada atau sampai menjalar ke lengan, leher, rahang atau perut.
- ♣ Pusing
- ♣ Pucat
- ♣ Detak jantung sangat cepat atau tidak beraturan (berdebar)
- ♣ Keringat dingin

- ♣ Mual dan muntah
- ♣ Kelemahan, bengkok atau nyeri pada kaki



Tim Pendidikan Kesehatan  
RSD Kabupaten Madiun

**APA ITU GASTRITIS/ MAAG ?**

Sakit maag atau gastritis adalah peradangan yang terjadi pada lambung atau kantung nasi

### APAKAH PENYEBAB GASTRITIS

1. Pola makan tidak teratur
2. Sering makan makanan yang asam (nanas, kedondong, rujak, dll)
3. Makan makanan yang pedas (sambal, cabai, saos, dll)
4. Minum kopi atau minuman yang mengandung caffein.
5. Makan makanan yang banyak mengandung gas (kubis/ kol, sawi, nangka, dll)
6. Stress
7. Minum minuman beralkohol
8. Kebiasaan merokok
9. Kuman *helicobacter pylory*

### Apakah tanda dan Gejala Gastritis

- ★ Nyeri ulu hati
- ★ Mual, muntah
- ★ Tekanan darah menurun, pusing
- ★ Keringat dingin
  
- ★ Nadi cepat

- ★ Kadang berat badan menurun
- ★ Nafsu makan menurun
- ★ Perut terasa kembung

### **Bagaimana mengatasi gastritis?**

- ♣ Mengatur diet
- ♣ Penggunaan obat

### **Bagaimana Pedoman Makan untuk penderita gastritis**

- ♣ Makan teratur setiap 2-4 jam
- ♣

Makan makanan tinggi protein

- ♣ Menyediakan makanan ringan
- ♣ Minum air hangat manis sebelum makan jika terasa mual
- ♣ Makan makanan yang agak lunak
- ♣ Makan dengan porsi sedikit namun sering
- ♣ Minum susu untuk menetralkan asam lambung
- ♣ Hindari makanan yang menimbulkan gas (kol, sawi, nangka, duren)
- ♣ Hindari makanan pedas.
- ♣ Hindari makanan asam (kedondong, asam, jeruk)

- ♣ Hindari minum kopi.
- ♣ Hindari makanan berlemak tinggi (coklat, alpokat)

## **Mengapa makan harus diatur?**

Tujuan pengaturan makanan adalah:

- ★ Mengurangi nyeri ulu hati
- ★

Mencegah produksi asam lambung berlebihan secara mendadak

- ★ Meningkatkan proses pencernaan makanan

## **Tindakan apakah untuk mengurangi keluhan**

- ⊘ Hindari faktor risiko: kelebihan berat badan, stress, kesalahan makan.
- ⊘ Berikan kompres air hangat di daerah ulu hati (botol air dilapisi handuk)
- ⊘ Atur posisi tidur: kepala lebih tinggi 10 -14 cm dan ganjal kedua lutut dengan bantal
- ⊘ Makanlah 2 – 3 jam sebelum tidur. Coba tidur di kursi.
- ⊘ Kurangi berat badan jika kelebihan berat badan.
- ⊘ Mengurangi stress
- ⊘ Hindari makan terlalu banyak

## **Apakah yang terjadi jika tidak diobati?**

- ♣ Perdarahan lambung
- ♣ Luka pada dinding lambung
- ♣ Kebocoran pada dinding lambung
- ♣ Gangguan penyerapan makanan
- ♣ Kanker lambung

### **Gejala apakah yang perlu segera di rujuk**

- ♣ Mulai merasakan nyeri lambung pada usia > 50 th
- ♣ Muntah darah
- ♣ Muntahan berwarna darah/ hitam
- ♣ Kehilangan berat badan lebih dari 5%
- ♣ Merasakan adanya benjolan di perut
- ♣ Sesak napas
- ♣ Pusing
- ♣ Nyeri menjalar ke leher, rahang, bahu atau tangan
- ♣ Keluar keringat dingin saat nyeri
- ♣ Serangan nyeri lambung yang sering (2 – 3 kali seminggu)



## Apakah TBC itu?

TBC adalah singkatan dari tuberculosis (tuberkulosis). TBC bisa menyerang bagian tubuh mana saja, namun paling sering menyerang paru-paru.

## Bagaimana TBC tersebar?

Kuman-kuman TBC keluar dari mulut penderita TBC sewaktu batuk, berbicara, tertawa atau bersin.

Orang disekitarnya akan menghirup kuman TBC tersebut dan masuk kedalam paru-parunya.

Anda tidak dapat terjangkit TBC dari berjabat-tangan, minum dan makan dari tempat yang sama atau dari dudukan toilet.

## Kenapa saya jatuh sakit?

Anda sakit TBC karena kuman TBC sudah mulai tumbuh dalam tubuh anda. Anda bisa mengidap sakit TBC di paru-paru atau bagian tubuh anda lainnya misalnya ginjal, otak, atau tulang punggung.

## Apa saja gejala-gejala TBC?

- ⌘ Batuk selama 3 minggu
- ⌘ Merasa lemah
- ⌘ Berat badan menurun
- ⌘ Demam
- ⌘ Batuk mengeluarkan darah
- ⌘ Banyak keringat malam hari
- ⌘ Badan menggigil

## Gejala khusus/ komplikasi

Gejala khusus tergantung dari organ tubuh yang terkena, yaitu:

- Terdapat suara napas "mengi", disertai sesak, bila terjadi sumbatan di saluran napas akibat penekanan kelenjar getah bening yang membesar.
- Mengeluh sakit dada, bila ada cairan dirongga paru.
- Terdapat gejala seperti infeksi tulang, yang mengeluarkan nanah di permukaan kulit, bila mengenai tulang.
- Pada anak dapat menyerang selaput otak/ *meningitis*, dengan gejala demam tinggi, penurunan kesadaran dan kejang-kejang.

## Bagaimana saya dipastikan menderita TBC?

- Pemeriksaan fisik.
- Pemeriksaan laboratorium (darah, dahak, cairan otak).

## Bagaimana saya sembuh?

Penyakit TBC dapat disembuhkan dengan minum obat secara teratur dalam waktu paling sedikit 6 bulan. Beberapa orang perlu minum obat selama 2 tahun.

## **Apa yang saya lakukan selama menjalani pengobatan?**

- Berobat dengan teratur agar tidak menimbulkan kekebalan
- Jangan menghentikan minum obat sendiri.
- Minum obat dalam keadaan perut kosong (pagi).
- 

Efek selama pengobatan adalah: mual, muntah, anoreksia, malaise, gangguan saluran pencernaan, gangguan syaraf tepi, alergi, demam, bercak merah, kuning, mengantuk, pusing, mulut kering, air kencing berwarna gelap, kurangan vitamin B6, kadar gula darah meningkat, gejala reumatik.

## **Apa yang terjadi bila saya tidak minum obat?**

Bila tidak minum secara teratur dalam waktu yang ditentukan, TBC dapat kambuh lagi dan obat yang ada tak dapat menyembuhkannya.

## **Makanan apa yang harus saya makan?**

- Makan makanan yang bergizi, banyak mengandung karbohidrat, protein dan vitamin.
- Makanlah saat masih hangat dengan porsi kecil tetapi frekuensi sering.
- Perbanyak minum air  $\pm$  2 liter per hari
- Berhenti merokok
-

Hindari minum minuman beralkohol.

- Istirahat cukup
- Olah raga secara teratur untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan nafsu makan.
- Hindari stress karena dapat menurunkan daya tahan tubuh

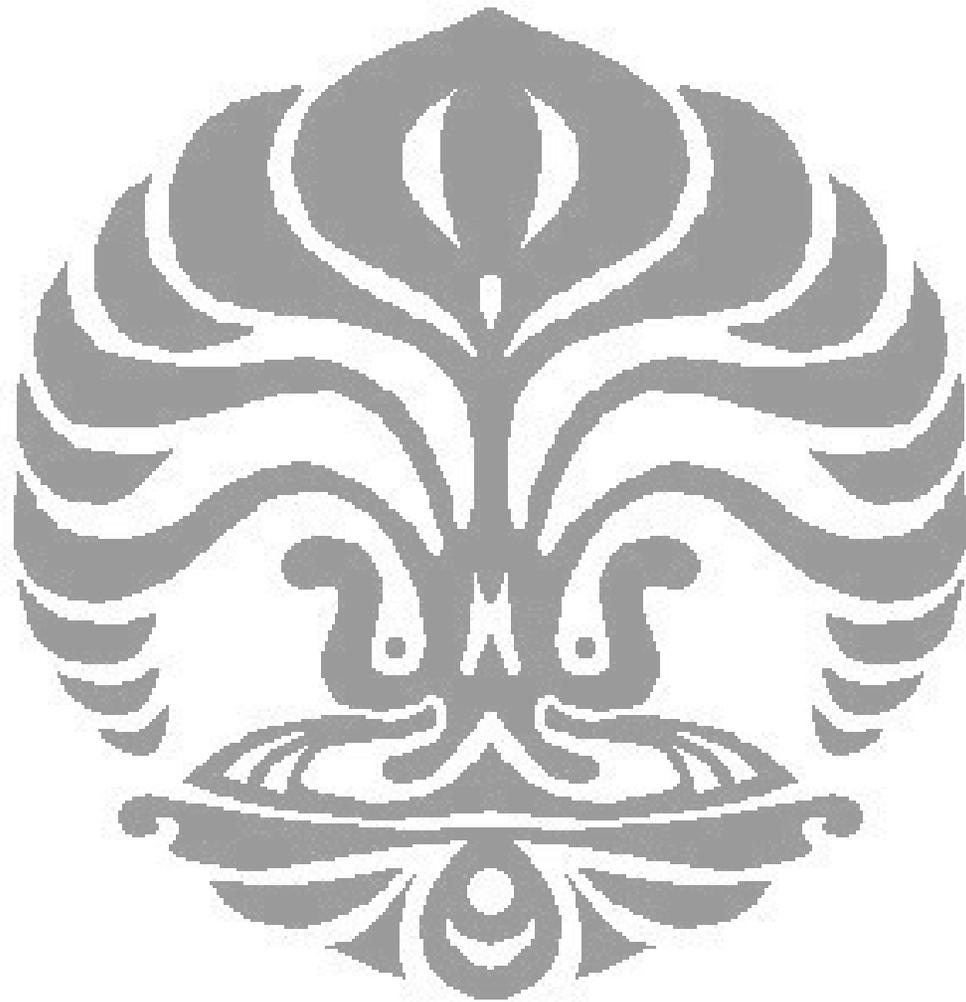
## **Bagaimana mencegah penularan**

TBC ditularkan melalui udara, sehingga upaya pencegahan yang harus dilakukan adalah:

- Upayakan sinar matahari pagi masuk ke rumah dan terjadi pertukaran udara di rumah untuk membunuh kuman.
- Teratur dalam menjalankan proses pengobatan
- Bila batuk, menutup mulut
- Buang dahak pada tempatnya yang telah diberikan obat desinfektan
- Pisahkan ruang tidur penderita dengan anggota keluarga lain.
- Memberikan imunisasi BCG pada bayi



Tim Pendidikan Kesehatan  
RSD Kabupaten Madiun



**LAMAWAT \* DIAGNOSA Crosstabulation**

		DIAGNOSA						Total	
		1 TBC	2 hipertensi	3 PJK	4 hepatitis	5 gastritis	6 Diabetes Mellitus		
L A M A W A T	4	Count	6	8	3	3	12	4	36
		% within LAMAWAT	16.7%	22.2%	8.3%	8.3%	33.3%	11.1%	100.0%
	5	Count	1	5	5	2	1	1	15
		% within LAMAWAT	6.7%	33.3%	33.3%	13.3%	6.7%	6.7%	100.0%
	6	Count	5	1	6	3	3	3	21
		% within LAMAWAT	23.8%	4.8%	28.6%	14.3%	14.3%	14.3%	100.0%
	7	Count	0	2	1	0	1	0	4
		% within LAMAWAT	.0%	50.0%	25.0%	.0%	25.0%	.0%	100.0%
	8	Count	0	0	0	1	0	0	1
	% within LAMAWAT	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%	
9	Count	0	1	0	0	0	2	3	
	% within LAMAWAT	.0%	33.3%	.0%	.0%	.0%	66.7%	100.0%	
Total	Count	12	17	15	9	17	10	80	
	% within LAMAWAT	15.0%	21.3%	18.8%	11.3%	21.3%	12.5%	100.0%	

**DIAGNOSA \* PUASKAT Crosstabulation**

		PUASKAT			Total	
		1.00	2.00	3.00		
DIAGNOSA	1 TBC	Count	0	2	10	12
		% within DIAGNOSA	.0%	16.7%	83.3%	100.0%
2 hipertensi	Count	1	5	11	17	
	% within DIAGNOSA	5.9%	29.4%	64.7%	100.0%	
3 PJK	Count	0	1	14	15	
	% within DIAGNOSA	.0%	6.7%	93.3%	100.0%	
4 hepatitis	Count	0	1	8	9	
	% within DIAGNOSA	.0%	11.1%	88.9%	100.0%	
5 gastritis	Count	1	2	14	17	
	% within DIAGNOSA	5.9%	11.8%	82.4%	100.0%	
6 Diabetes Mellitus	Count	0	5	5	10	
	% within DIAGNOSA	.0%	50.0%	50.0%	100.0%	
Total	Count	2	16	62	80	
	% within DIAGNOSA	2.5%	20.0%	77.5%	100.0%	

**Kelompok Intervensi  
Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
NUNYATA	40	31,00	84,00	70,7000	12,38941

AKTINYA	40	38,00	93,00	78,1000	13,63969
AKTIHAR	40	33,00	100,00	84,8750	16,65516
TANYA	40	47,00	112,00	96,0250	15,12425
TAHAR	40	46,00	120,00	101,8250	20,50002
ONYATA	40	54,00	159,00	135,2250	24,37684
OHARAP	40	64,00	170,00	146,1750	28,31588
PUASNUT	40	72,73	143,48	94,7652	14,07211
PUASAKT	40	76,92	124,24	93,0897	10,22150
PUASTAND	40	75,79	149,21	96,2295	14,91638
PUASOBAT	40	74,10	124,32	93,4329	12,17235
NUTRISI1	40	3,44	9,33	7,8556	1,37660
NUTRISI2	40	3,67	10,00	8,4417	1,77359
AKTIF1	40	3,80	9,30	7,8100	1,36397
AKTIF2	40	3,30	10,00	8,4875	1,66552
TANDA1	40	3,92	9,33	8,0021	1,26035
TANDA2	40	3,83	10,00	8,4854	1,70833
OBAT1	40	3,18	9,35	7,9544	1,43393
OBAT2	40	3,76	10,00	8,5985	1,66564
Valid N (listwise)	40				

**Descriptives**

			Statistic	Std. Error
NUNYATA	Mean		70,7000	1,95894
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	66,7377	
		Upper Bound	74,6623	
	5% Trimmed Mean		72,2222	
	Median		75,0000	
	Variance		153,497	
	Std. Deviation		12,38941	
	Minimum		31,00	
	Maximum		84,00	
	Range		53,00	
	Interquartile Range		10,7500	
	Skewness		-1,943	,374
	Kurtosis		-3,943	,733
	HARANU	Mean		75,9750
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	70,8700	
		Upper Bound	81,0800	
5% Trimmed Mean			77,5833	
Median			81,0000	
Variance			254,794	
Std. Deviation			15,96228	
Minimum			33,00	
Maximum			90,00	
Range			57,00	

AKTINYA	Interquartile Range		11,7500		
	Skewness		-1,612	,374	
	Kurtosis		1,619	,733	
	Mean		78,1000	2,15662	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		73,7378	
		Upper Bound		82,4622	
	5% Trimmed Mean		79,5556		
	Median		83,0000		
	Variance		186,041		
	Std. Deviation		13,63969		
	Minimum		38,00		
	Maximum		93,00		
	Range		55,00		
	Interquartile Range		10,7500		
Skewness		-1,889	,374		
Kurtosis		3,235	,733		
AKTIHAR	Mean		84,8750	2,63341	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		79,5484	
		Upper Bound		90,2016	
	5% Trimmed Mean		86,6389		
	Median		90,0000		
	Variance		277,394		
	Std. Deviation		16,65516		
	Minimum		33,00		
	Maximum		100,00		
	Range		67,00		
	Interquartile Range		11,5000		
	Skewness		-1,743	,374	
	Kurtosis		2,566	,733	
	TANYA	Mean		96,0250	2,39135
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound		91,1880	
		Upper Bound		100,8620	
5% Trimmed Mean			97,9167		
Median			101,0000		
Variance			228,743		
Std. Deviation			15,12425		
Minimum			47,00		
Maximum			112,00		
Range			65,00		
Interquartile Range			10,7500		
Skewness			-2,316	,374	
Kurtosis			5,141	,733	
TAHAR		Mean		101,8250	3,24134
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		95,2688	
		Upper Bound			

	Interval for Mean	Upper Bound	108,3812	
	5% Trimmed Mean		103,8333	
	Median		109,0000	
	Variance		420,251	
	Std. Deviation		20,50002	
	Minimum		46,00	
	Maximum		120,00	
	Range		74,00	
	Interquartile Range		16,7500	
	Skewness		-1,686	,374
	Kurtosis		2,013	,733
ONYATA	Mean		135,2250	3,85432
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	127,4289	
		Upper Bound	143,0211	
	5% Trimmed Mean		138,4722	
	Median		142,0000	
	Variance		594,230	
	Std. Deviation		24,37684	
	Minimum		54,00	
	Maximum		159,00	
	Range		105,00	
	Interquartile Range		15,5000	
	Skewness		-2,314	,374
	Kurtosis		5,293	,733
OHARAP	Mean		146,1750	4,47713
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	137,1191	
		Upper Bound	155,2309	
	5% Trimmed Mean		149,4167	
	Median		154,5000	
	Variance		801,789	
	Std. Deviation		28,31588	
	Minimum		64,00	
	Maximum		170,00	
	Range		106,00	
	Interquartile Range		24,0000	
	Skewness		-1,872	,374
	Kurtosis		3,034	,733
PUASNUT	Mean		94,7652	2,22500
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	90,2647	
		Upper Bound	99,2657	
	5% Trimmed Mean		93,1606	
	Median		92,5926	
	Variance		198,024	

PUASAKT	Std. Deviation		14,07211	
	Minimum		72,73	
	Maximum		143,48	
	Range		70,75	
	Interquartile Range		12,7165	
	Skewness		2,028	,374
	Kurtosis		5,865	,733
	Mean		93,0897	1,61616
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	89,8207	
		Upper Bound	96,3587	
	5% Trimmed Mean		92,3922	
	Median		91,4855	
	Variance		104,479	
	Std. Deviation		10,22150	
PUASTAND	Minimum		76,92	
	Maximum		124,24	
	Range		47,32	
	Interquartile Range		12,4224	
	Skewness		1,011	,374
	Kurtosis		1,588	,733
	Mean		96,2295	2,35849
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	91,4590	
		Upper Bound	101,0000	
	5% Trimmed Mean		94,3355	
	Median		93,5483	
	Variance		222,498	
	Std. Deviation		14,91638	
	Minimum		75,79	
Maximum		149,21		
Range		73,42		
Interquartile Range		11,4269		
Skewness		2,391	,374	
Kurtosis		6,834	,733	
PUASOBAT	Mean		93,4329	1,92462
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	89,5400	
		Upper Bound	97,3258	
	5% Trimmed Mean		92,7378	
	Median		91,7034	
	Variance		148,166	
	Std. Deviation		12,17235	
	Minimum		74,10	
	Maximum		124,32	
	Range		50,22	
	Interquartile Range		14,4751	

NUTRISI1	Skewness		1,089	,374	
	Kurtosis		1,136	,733	
	Mean		7,8556	,21766	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		7,4153	
		Upper Bound		8,2958	
	5% Trimmed Mean		8,0247		
	Median		8,3333		
	Variance		1,895		
	Std. Deviation		1,37660		
	Minimum		3,44		
	Maximum		9,33		
	Range		5,89		
	Interquartile Range		1,1944		
	Skewness		-1,943	,374	
	Kurtosis		3,943	,733	
NUTRISI2	Mean		8,4417	,28043	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		7,8744	
		Upper Bound		9,0089	
	5% Trimmed Mean		8,6204		
	Median		9,0000		
	Variance		3,146		
	Std. Deviation		1,77359		
	Minimum		3,67		
	Maximum		10,00		
	Range		6,33		
	Interquartile Range		1,3056		
	Skewness		-1,612	,374	
	Kurtosis		1,619	,733	
	AKTIF1	Mean		7,8100	,21566
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		7,3738
Upper Bound				8,2462	
5% Trimmed Mean			7,9556		
Median			8,3000		
Variance			1,860		
Std. Deviation			1,36397		
Minimum			3,80		
Maximum			9,30		
Range			5,50		
Interquartile Range			1,0750		
Skewness			-1,889	,374	
Kurtosis			3,235	,733	
AKTIF2		Mean		8,4875	,26334
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		7,9548
	Upper Bound				

	Interval for Mean	Upper Bound	9,0202	
	5% Trimmed Mean		8,6639	
	Median		9,0000	
	Variance		2,774	
	Std. Deviation		1,66552	
	Minimum		3,30	
	Maximum		10,00	
	Range		6,70	
	Interquartile Range		1,1500	
	Skewness		-1,743	,374
	Kurtosis		2,566	,733
TANDA1	Mean		8,0021	,19928
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,5990	
		Upper Bound	8,4052	
	5% Trimmed Mean		8,1597	
	Median		8,4167	
	Variance		1,588	
	Std. Deviation		1,26035	
	Minimum		3,92	
	Maximum		9,33	
	Range		5,42	
	Interquartile Range		,8958	
	Skewness		-2,316	,374
	Kurtosis		5,141	,733
TANDA2	Mean		8,4854	,27011
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,9391	
		Upper Bound	9,0318	
	5% Trimmed Mean		8,6528	
	Median		9,0833	
	Variance		2,918	
	Std. Deviation		1,70833	
	Minimum		3,83	
	Maximum		10,00	
	Range		6,17	
	Interquartile Range		1,3958	
	Skewness		-1,686	,374
	Kurtosis		2,013	,733
OBAT1	Mean		7,9544	,22672
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,4958	
		Upper Bound	8,4130	
	5% Trimmed Mean		8,1454	
	Median		8,3529	
	Variance		2,056	

OBAT2	Std. Deviation		1,43393	
	Minimum		3,18	
	Maximum		9,35	
	Range		6,18	
	Interquartile Range		,9118	
	Skewness		-2,314	,374
	Kurtosis		5,293	,733
	Mean		8,5985	,26336
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8,0658	
		Upper Bound	9,1312	
	5% Trimmed Mean		8,7892	
	Median		9,0882	
	Variance		2,774	
	Std. Deviation		1,66564	
	Minimum		3,76	
	Maximum		10,00	
	Range		6,24	
Interquartile Range		1,4118		
Skewness		-1,872	,374	
Kurtosis		3,034	,733	

### Descriptives

			Statistic	Std. Error
ANNUT	Mean		96,2162	4,41842
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	87,2791	
		Upper Bound	105,1533	
	5% Trimmed Mean		94,0560	
	Median		89,4444	
	Variance		780,897	
	Std. Deviation		27,94453	
	Minimum		40,00	
	Maximum		200,00	
	Range		160,00	
	Interquartile Range		15,0000	
	Skewness		1,993	,374
	Kurtosis		6,070	,733
	ANAKTV	Mean		92,4505
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	85,7689	
		Upper Bound	99,1321	
5% Trimmed Mean			92,3924	
Median			89,1813	
Variance			436,478	
Std. Deviation			20,89206	

ANTAND	Minimum		47,06		
	Maximum		144,44		
	Range		97,39		
	Interquartile Range		19,7588		
	Skewness		-,036	,374	
	Kurtosis		1,078	,733	
	Mean		126,1558	25,02751	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	75,5328		
		Upper Bound	176,7787		
	5% Trimmed Mean		92,9508		
	Median		90,0000		
	Variance		25055,040		
	Std. Deviation		158,28784		
	Minimum		50,00		
	Maximum		800,00		
Range		750,00			
Interquartile Range		20,0000			
Skewness		4,145	,374		
Kurtosis		16,411	,733		
ANOBAT	Mean		94,2809	3,39045	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	87,4231		
		Upper Bound	101,1387		
	5% Trimmed Mean		92,8360		
	Median		91,9643		
	Variance		459,805		
	Std. Deviation		21,44306		
	Minimum		50,00		
	Maximum		158,33		
	Range		108,33		
	Interquartile Range		16,7935		
	Skewness		1,594	,374	
	Kurtosis		4,209	,733	
	TANGNUT	Mean		91,5139	3,17280
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	85,0963	
		Upper Bound	97,9315		
5% Trimmed Mean			91,8904		
Median			90,0000		
Variance			402,667		
Std. Deviation			20,06656		
Minimum			40,00		
Maximum			160,00		
Range			120,00		
Interquartile Range			18,1250		
Skewness			,046	,374	

TANGAKTV	Kurtosis		3,947	,733	
	Mean		93,4375	1,97094	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	89,4509		
		Upper Bound	97,4241		
	5% Trimmed Mean		92,8074		
	Median		92,3077		
	Variance		155,384		
	Std. Deviation		12,46532		
	Minimum		72,73		
	Maximum		133,33		
	Range		60,61		
	Interquartile Range		15,5921		
	Skewness		,776	,374	
	Kurtosis		1,561	,733	
TANGTAND	Mean		94,4372	1,85341	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	90,6883		
		Upper Bound	98,1861		
	5% Trimmed Mean		94,0947		
	Median		94,7368		
	Variance		137,405		
	Std. Deviation		11,72199		
	Minimum		72,22		
	Maximum		121,43		
	Range		49,21		
	Interquartile Range		15,0000		
	Skewness		,311	,374	
	Kurtosis		-,070	,733	
	TANGOBAT	Mean		92,2995	2,86423
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	86,5060		
		Upper Bound	98,0929		
5% Trimmed Mean			90,5943		
Median			91,7508		
Variance			328,152		
Std. Deviation			18,11498		
Minimum			66,67		
Maximum			185,71		
Range			119,05		
Interquartile Range			12,3677		
Skewness			3,501	,374	
Kurtosis			18,300	,733	
JANUTRIS		Mean		103,6984	11,57902
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80,2776		
		Upper Bound	127,1192		

JAAKTIV	5% Trimmed Mean		92,4002	
	Median		94,7368	
	Variance		5362,950	
	Std. Deviation		73,23216	
	Minimum		75,00	
	Maximum		550,00	
	Range		475,00	
	Interquartile Range		19,1667	
	Skewness		6,095	,374
	Kurtosis		38,017	,733
	Mean		92,0105	2,13478
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	87,6925	
		Upper Bound	96,3285	
	JATAND	5% Trimmed Mean		91,1128
Median			88,8889	
Variance			182,291	
Std. Deviation			13,50153	
Minimum			70,00	
Maximum			142,86	
Range			72,86	
Interquartile Range			19,1667	
Skewness			1,261	,374
Kurtosis			3,777	,733
Mean			97,1521	2,78075
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	91,5275	
		Upper Bound	102,7767	
JAOBAT		5% Trimmed Mean		95,6452
	Median		93,2184	
	Variance		309,302	
	Std. Deviation		17,58699	
	Minimum		71,43	
	Maximum		150,00	
	Range		78,57	
	Interquartile Range		12,7778	
	Skewness		1,575	,374
	Kurtosis		3,087	,733
	Mean		94,3886	2,53190
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	89,2674	
		Upper Bound	99,5099	
		5% Trimmed Mean	94,0824	
	Median	91,9986		
	Variance	256,421		
	Std. Deviation	16,01314		
	Minimum	44,83		

DULINUT	Maximum		150,00		
	Range		105,17		
	Interquartile Range		13,4246		
	Skewness		,546	,374	
	Kurtosis		4,595	,733	
	Mean		98,6354	2,98666	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		92,5943	
		Upper Bound		104,6765	
	5% Trimmed Mean		97,0542		
	Median		94,8684		
	Variance		356,806		
	Std. Deviation		18,88931		
	Minimum		66,67		
	Maximum		155,56		
Range		88,89			
Interquartile Range		16,7157			
DULIAKTV	Skewness		1,341	,374	
	Kurtosis		2,742	,733	
	Mean		94,8161	2,52920	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		89,7004	
		Upper Bound		99,9319	
	5% Trimmed Mean		93,7772		
	Median		92,1212		
	Variance		255,874		
	Std. Deviation		15,99605		
	Minimum		66,67		
	Maximum		141,67		
	Range		75,00		
	Interquartile Range		15,0000		
	Skewness		1,072	,374	
Kurtosis		2,289	,733		
DULITAND	Mean		98,0848	4,44145	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		89,1011	
		Upper Bound		107,0684	
	5% Trimmed Mean		93,2928		
	Median		90,6522		
	Variance		789,059		
	Std. Deviation		28,09019		
	Minimum		73,33		
	Maximum		209,09		
	Range		135,76		
	Interquartile Range		13,3333		
	Skewness		3,260	,374	
	Kurtosis		11,455	,733	

DULIOBAT	Mean		93,2078	3,12686	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	86,8831		
		Upper Bound	99,5325		
	5% Trimmed Mean		91,9784		
	Median		92,0833		
	Variance		391,091		
	Std. Deviation		19,77602		
	Minimum		45,16		
	Maximum		152,63		
	Range		107,47		
	Interquartile Range		15,2885		
	Skewness		1,090	,374	
	Kurtosis		3,514	,733	
	BUKNUT	Mean		100,4020	7,51820
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	85,1950	
Upper Bound			115,6091		
5% Trimmed Mean			90,8634		
Median			88,8889		
Variance			2260,936		
Std. Deviation			47,54930		
Minimum			70,00		
Maximum			300,00		
Range			230,00		
Interquartile Range			16,2500		
Skewness			3,953	,374	
Kurtosis			15,349	,733	
BUKAKTIV		Mean		102,8225	7,66656
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	87,3154	
	Upper Bound		118,3296		
	5% Trimmed Mean		93,7534		
	Median		89,7368		
	Variance		2351,049		
	Std. Deviation		48,48761		
	Minimum		60,00		
	Maximum		300,00		
	Range		240,00		
	Interquartile Range		14,8214		
	Skewness		3,641	,374	
	Kurtosis		13,237	,733	
	BUKTAND	Mean		96,3937	1,89357
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	92,5636	
Upper Bound			100,2238		
5% Trimmed Mean			95,6793		

BUKOBAT	Median		96,4901	
	Variance		143,424	
	Std. Deviation		11,97599	
	Minimum		76,67	
	Maximum		136,36	
	Range		59,70	
	Interquartile Range		11,1111	
	Skewness		,950	,374
	Kurtosis		2,022	,733
	Mean		97,1065	3,16611
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	90,7024	
		Upper Bound	103,5106	
	5% Trimmed Mean		94,8496	
	Median		97,5000	
	Variance		400,970	
	Std. Deviation		20,02424	
	Minimum		70,00	
Maximum		181,82		
Range		111,82		
Interquartile Range		15,7895		
Skewness		2,251	,374	
Kurtosis		7,679	,733	

### Kelompok Kontrol

#### Descriptives

			Statistic	Std. Error
NUNYATA	Mean		51,5250	2,06745
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	47,3432	
		Upper Bound	55,7068	
	5% Trimmed Mean		51,3889	
	Median		52,0000	
	Variance		170,974	
	Std. Deviation		13,07569	
	Minimum		32,00	
	Maximum		76,00	
	Range		44,00	
	Interquartile Range		20,2500	
	Skewness		,180	,374
	Kurtosis		-1,228	,733
HARANU	Mean		74,4000	1,62780
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	71,1075	
		Upper Bound	77,6925	

AKTINYA	5% Trimmed Mean		74,4722	
	Median		74,5000	
	Variance		105,990	
	Std. Deviation		10,29513	
	Minimum		56,00	
	Maximum		90,00	
	Range		34,00	
	Interquartile Range		19,0000	
	Skewness		-,047	,374
	Kurtosis		-1,255	,733
	Mean		54,1500	2,48290
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	49,1279	
		Upper Bound	59,1721	
AKTIHAR	5% Trimmed Mean		54,2222	
	Median		50,0000	
	Variance		246,592	
	Std. Deviation		15,70326	
	Minimum		22,00	
	Maximum		83,00	
	Range		61,00	
	Interquartile Range		19,5000	
	Skewness		,339	,374
	Kurtosis		-,515	,733
	Mean		81,5500	1,99966
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	77,5053	
		Upper Bound	85,5947	
TANYA	5% Trimmed Mean		81,5833	
	Median		80,0000	
	Variance		159,946	
	Std. Deviation		12,64698	
	Minimum		61,00	
	Maximum		100,00	
	Range		39,00	
	Interquartile Range		23,0000	
	Skewness		-,059	,374
	Kurtosis		-1,449	,733
	Mean		75,5750	3,10415
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	69,2963	
		Upper Bound	81,8537	
	5% Trimmed Mean		75,0833	
	Median		73,0000	
	Variance		385,430	
	Std. Deviation		19,63237	
	Minimum		41,00	

TAHAR	Maximum		119,00	
	Range		78,00	
	Interquartile Range		35,5000	
	Skewness		,413	,374
	Kurtosis		-,616	,733
	Mean		101,1000	2,09205
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	96,8684	
		Upper Bound	105,3316	
	5% Trimmed Mean		101,2778	
	Median		101,0000	
	Variance		175,067	
	Std. Deviation		13,23128	
	Minimum		79,00	
	Maximum		120,00	
ONYATA	Range		41,00	
	Interquartile Range		21,7500	
	Skewness		-,023	,374
	Kurtosis		-1,191	,733
	Mean		104,4500	4,18559
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	95,9838	
		Upper Bound	112,9162	
	5% Trimmed Mean		103,8889	
	Median		102,5000	
	Variance		700,767	
	Std. Deviation		26,47200	
	Minimum		66,00	
	Maximum		152,00	
	Range		86,00	
OHARAP	Interquartile Range		54,0000	
	Skewness		,232	,374
	Kurtosis		-1,411	,733
	Mean		141,3000	3,08537
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	135,0593	
		Upper Bound	147,5407	
	5% Trimmed Mean		141,1667	
	Median		140,0000	
	Variance		380,779	
	Std. Deviation		19,51357	
	Minimum		115,00	
	Maximum		170,00	
	Range		55,00	
	Interquartile Range		37,5000	
Skewness		,066	,374	
Kurtosis		-1,331	,733	

PUASNUT	Mean		69,0392	2,14708
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	64,6963	
		Upper Bound	73,3821	
	5% Trimmed Mean		69,1164	
	Median		70,1220	
	Variance		184,398	
	Std. Deviation		13,57931	
	Minimum		44,83	
	Maximum		91,80	
	Range		46,98	
	Interquartile Range		24,6472	
	Skewness		-,051	,374
	Kurtosis		-1,392	,733
	PUASAKT	Mean		66,4106
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	61,6669	
		Upper Bound	71,1543	
5% Trimmed Mean			67,4631	
Median			64,0497	
Variance			220,008	
Std. Deviation			14,83267	
Minimum			22,00	
Maximum			88,24	
Range			66,24	
Interquartile Range			20,2292	
Skewness			-,677	,374
Kurtosis			1,350	,733
PUASTAND		Mean		74,3567
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	69,9724	
		Upper Bound	78,7411	
	5% Trimmed Mean		75,1002	
	Median		77,2277	
	Variance		187,940	
	Std. Deviation		13,70912	
	Minimum		34,17	
	Maximum		99,17	
	Range		65,00	
	Interquartile Range		23,2261	
	Skewness		-,630	,374
	Kurtosis		,633	,733
	PUASOBAT	Mean		73,4497
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	69,3734	
		Upper Bound	77,5259	
5% Trimmed Mean			73,9140	

NUTRISI1	Median		73,7453		
	Variance		162,451		
	Std. Deviation		12,74561		
	Minimum		38,82		
	Maximum		92,68		
	Range		53,86		
	Interquartile Range		20,0932		
	Skewness		-,299	,374	
	Kurtosis		-,345	,733	
	Mean		5,7250	,22972	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,2604		
		Upper Bound	6,1896		
	5% Trimmed Mean		5,7099		
	Median		5,7773		
	Variance		2,111		
	Std. Deviation		1,45285		
	Minimum		3,56		
Maximum		8,44			
Range		4,89			
Interquartile Range		2,2500			
Skewness		,180	,374		
Kurtosis		-1,228	,733		
NUTRISI2	Mean		8,2667	,18087	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,9008		
		Upper Bound	8,6325		
	5% Trimmed Mean		8,2747		
	Median		8,2778		
	Variance		1,309		
	Std. Deviation		1,14390		
	Minimum		6,22		
	Maximum		10,00		
	Range		3,78		
	Interquartile Range		2,1111		
	Skewness		-,047	,374	
	Kurtosis		-1,255	,733	
	AKTIF1	Mean		5,4150	,24829
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,9128	
			Upper Bound	5,9172	
		5% Trimmed Mean		5,4222	
Median			5,0000		
Variance			2,466		
Std. Deviation			1,57033		
Minimum			2,20		
Maximum			8,30		

AKTIF2	Range		6,10	
	Interquartile Range		1,9500	
	Skewness		,339	,374
	Kurtosis		-,515	,733
	Mean		8,1550	,19997
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,7505	
		Upper Bound	8,5595	
	5% Trimmed Mean		8,1583	
	Median		8,0000	
	Variance		1,599	
	Std. Deviation		1,26470	
	Minimum		6,10	
	Maximum		10,00	
	Range		3,90	
TANDA1	Interquartile Range		2,3000	
	Skewness		-,059	,374
	Kurtosis		-1,449	,733
	Mean		6,2979	,25868
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,7747	
		Upper Bound	6,8211	
	5% Trimmed Mean		6,2569	
	Median		6,0833	
	Variance		2,677	
	Std. Deviation		1,63603	
	Minimum		3,42	
	Maximum		9,92	
	Range		6,50	
	Interquartile Range		2,9583	
TANDA2	Skewness		,413	,374
	Kurtosis		-,616	,733
	Mean		8,4250	,17434
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8,0724	
		Upper Bound	8,7776	
	5% Trimmed Mean		8,4398	
	Median		8,4167	
	Variance		1,216	
	Std. Deviation		1,10261	
	Minimum		6,58	
	Maximum		10,00	
	Range		3,42	
	Interquartile Range		1,8125	
	Skewness		-,023	,374
OBAT1	Kurtosis		-1,191	,733
	Mean		6,1441	,24621

OBAT2	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,6461	
		Upper Bound	6,6421	
	5% Trimmed Mean		6,1111	
	Median		6,0294	
	Variance		2,425	
	Std. Deviation		1,55718	
	Minimum		3,88	
	Maximum		8,94	
	Range		5,06	
	Interquartile Range		3,1765	
	Skewness		,232	,374
	Kurtosis		-1,411	,733
	Mean		8,3118	,18149
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,9447	
		Upper Bound	8,6789	
	5% Trimmed Mean		8,3039	
	Median		8,2353	
	Variance		1,318	
	Std. Deviation		1,14786	
	Minimum		6,76	
Maximum		10,00		
Range		3,24		
Interquartile Range		2,2059		
Skewness		,066	,374	
Kurtosis		-1,331	,733	

### Descriptives

		Statistic	Std. Error
ANNUT	Mean	70,6686	4,52319
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	61,5196
		Upper Bound	79,8176
	5% Trimmed Mean	70,7120	
	Median	77,7778	
	Variance	818,369	
	Std. Deviation	28,60715	
	Minimum	11,11	
	Maximum	137,50	
	Range	126,39	
	Interquartile Range	48,2843	
	Skewness	-,209	,374
	Kurtosis	-,403	,733
	ANAKTIV	Mean	70,5482
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	63,4725

	Interval for Mean	Upper Bound		77,6239	
	5% Trimmed Mean			71,4425	
	Median			77,7778	
	Variance			489,484	
	Std. Deviation			22,12428	
	Minimum			20,00	
	Maximum			110,00	
	Range			90,00	
	Interquartile Range			38,2386	
	Skewness			-,580	,374
	Kurtosis			-,316	,733
ANTANDA	Mean			73,1875	4,59992
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		63,8833	
		Upper Bound		82,4917	
	5% Trimmed Mean			73,7357	
	Median			80,0000	
	Variance			846,369	
	Std. Deviation			29,09243	
	Minimum			14,29	
	Maximum			133,33	
	Range			119,05	
	Interquartile Range			50,0000	
	Skewness			-,566	,374
	Kurtosis			-,135	,733
ANOBAT	Mean			69,2500	3,53198
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		62,1059	
		Upper Bound		76,3941	
	5% Trimmed Mean			70,1193	
	Median			71,4852	
	Variance			498,995	
	Std. Deviation			22,33819	
	Minimum			20,00	
	Maximum			111,11	
	Range			91,11	
	Interquartile Range			41,4150	
	Skewness			-,455	,374
	Kurtosis			-,579	,733
TANGNUT	Mean			76,6528	3,77753
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		69,0120	
		Upper Bound		84,2936	
	5% Trimmed Mean			77,9475	
	Median			80,0000	
	Variance			570,790	

TANGAKV	Std. Deviation		23,89120	
	Minimum		20,00	
	Maximum		120,00	
	Range		100,00	
	Interquartile Range		36,8750	
	Skewness		-,817	,374
	Kurtosis		,135	,733
	Mean		69,4181	4,03479
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	61,2570	
		Upper Bound	77,5793	
	5% Trimmed Mean		70,7115	
	Median		69,6154	
	Variance		651,183	
	Std. Deviation		25,51828	
TANGTAND	Minimum		11,11	
	Maximum		100,00	
	Range		88,89	
	Interquartile Range		38,8158	
	Skewness		-,542	,374
	Kurtosis		-,636	,733
	Mean		72,5415	3,11050
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	66,2500	
		Upper Bound	78,8331	
	5% Trimmed Mean		72,7776	
	Median		75,0000	
	Variance		387,008	
	Std. Deviation		19,67252	
	Minimum		20,00	
TANGOBAT	Maximum		120,00	
	Range		100,00	
	Interquartile Range		32,3611	
	Skewness		-,277	,374
	Kurtosis		,302	,733
	Mean		76,4010	3,88398
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	68,5449	
		Upper Bound	84,2570	
	5% Trimmed Mean		75,1248	
	Median		75,0000	
	Variance		603,411	
	Std. Deviation		24,56442	
	Minimum		20,00	
	Maximum		185,71	
Range		165,71		
Interquartile Range		24,2826		

JANUTRIS	Skewness		1,916	,374	
	Kurtosis		9,713	,733	
	Mean		72,6013	3,25981	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		66,0077	
		Upper Bound		79,1949	
	5% Trimmed Mean		73,4459		
	Median		76,3889		
	Variance		425,055		
	Std. Deviation		20,61687		
	Minimum		20,00		
	Maximum		100,00		
	Range		80,00		
	Interquartile Range		32,5794		
	Skewness		-,568	,374	
Kurtosis		-,565	,733		
JAAKTIV	Mean		69,0398	3,51983	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		61,9203	
		Upper Bound		76,1593	
	5% Trimmed Mean		70,0442		
	Median		75,7353		
	Variance		495,569		
	Std. Deviation		22,26139		
	Minimum		20,00		
	Maximum		100,00		
	Range		80,00		
	Interquartile Range		39,8684		
	Skewness		-,367	,374	
	Kurtosis		-,782	,733	
	JATAND	Mean		76,5508	2,91535
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound		70,6539	
		Upper Bound		82,4476	
5% Trimmed Mean			77,7107		
Median			85,1818		
Variance			339,970		
Std. Deviation			18,43827		
Minimum			20,00		
Maximum			100,00		
Range			80,00		
Interquartile Range			28,6905		
Skewness			-,999	,374	
Kurtosis			,681	,733	
JAOBAT		Mean		76,6960	2,39476
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		71,8521	
		Upper Bound			

	Interval for Mean	Upper Bound	81,5398	
	5% Trimmed Mean		77,2748	
	Median		79,2857	
	Variance		229,395	
	Std. Deviation		15,14580	
	Minimum		40,00	
	Maximum		100,00	
	Range		60,00	
	Interquartile Range		24,4048	
	Skewness		-,414	,374
	Kurtosis		-,460	,733
DULINUT	Mean		76,9979	2,68059
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	71,5759	
		Upper Bound	82,4199	
	5% Trimmed Mean		77,5671	
	Median		80,0000	
	Variance		287,422	
	Std. Deviation		16,95351	
	Minimum		43,75	
	Maximum		100,00	
	Range		56,25	
	Interquartile Range		23,3333	
	Skewness		-,274	,374
	Kurtosis		-,777	,733
DULIAKTIV	Mean		72,5995	3,44709
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	65,6271	
		Upper Bound	79,5719	
	5% Trimmed Mean		74,2626	
	Median		81,2500	
	Variance		475,297	
	Std. Deviation		21,80132	
	Minimum		10,53	
	Maximum		100,00	
	Range		89,47	
	Interquartile Range		26,4803	
	Skewness		-1,295	,374
	Kurtosis		1,224	,733
DULITAND	Mean		71,7657	3,17497
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	65,3437	
		Upper Bound	78,1877	
	5% Trimmed Mean		72,4027	
	Median		73,6842	
	Variance		403,218	

DULIOBAT	Std. Deviation		20,08028	
	Minimum		20,00	
	Maximum		105,00	
	Range		85,00	
	Interquartile Range		26,3393	
	Skewness		-,721	,374
	Kurtosis		-,063	,733
	Mean		74,1427	3,02164
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	68,0309	
		Upper Bound	80,2545	
	5% Trimmed Mean		74,1103	
	Median		77,1493	
	Variance		365,212	
	Std. Deviation		19,11052	
BUKNUT	Minimum		39,29	
	Maximum		112,50	
	Range		73,21	
	Interquartile Range		32,2415	
	Skewness		-,137	,374
	Kurtosis		-,830	,733
	Mean		54,0658	5,09515
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	43,7598	
		Upper Bound	64,3717	
	5% Trimmed Mean		53,0978	
	Median		55,5556	
	Variance		1038,423	
	Std. Deviation		32,22457	
	BUKAKTV	Minimum		10,00
Maximum			120,00	
Range			110,00	
Interquartile Range			58,7153	
Skewness			,140	,374
Kurtosis			-1,211	,733
Mean			51,9044	4,54530
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	42,7107	
		Upper Bound	61,0982	
5% Trimmed Mean			51,2518	
Median			56,6667	
Variance			826,388	
Std. Deviation			28,74697	
Minimum			10,00	
Maximum		111,11		
Range		101,11		
Interquartile Range		51,7544		

BUKTAND	Skewness		,086	,374	
	Kurtosis		-1,085	,733	
	Mean		77,0726	2,46382	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		72,0891	
		Upper Bound		82,0562	
	5% Trimmed Mean		77,6733		
	Median		79,9679		
	Variance		242,817		
	Std. Deviation		15,58258		
	Minimum		36,67		
	Maximum		100,00		
	Range		63,33		
	Interquartile Range		27,5524		
	Skewness		-,602	,374	
Kurtosis		-,369	,733		
BUKOBAT	Mean		75,2420	3,01434	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		69,1449	
		Upper Bound		81,3390	
	5% Trimmed Mean		76,0625		
	Median		75,0000		
	Variance		363,449		
	Std. Deviation		19,06435		
	Minimum		35,71		
	Maximum		100,00		
	Range		64,29		
	Interquartile Range		32,8125		
	Skewness		-,524	,374	
	Kurtosis		-,744	,733	

### Analisis bivariat

No	Variabel independen	Variabel dependen		Uji statistik
		I	II	
1		Kepuasan pasien kelompok kontrol pada akhir perawatan	Kepuasan pasien kelompok intervensi setelah diintervensi	t-test independen
2	Variabel umur (skala data numerik)		Kepuasan pasien (skala data numerik)	Uji korelasi (r)
3	Variabel jarak rumah pasien dengan rumah sakit (skala data numerik)		Kepuasan pasien (skala data numerik)	Uji korelasi (r)
4	Variabel lama dirawat (skala data numerik)		Kepuasan pasien (skala data numerik)	Uji korelasi (r)
5	Variabel jenis kelamin (skala data kategorik)		Kepuasan pasien (skala data numerik)	t-test independen
6	Variabel pendidikan (skala data kategorik)		Kepuasan pasien (skala data numerik)	uji anova
7	Variabel sumber pembiayaan (skala data kategorik)		Kepuasan pasien (skala data numerik)	uji anova
8	Variabel diagnosa penyakit (skala data kategorik)		Kepuasan pasien (skala data numerik)	uji anova
9	Variabel kelas perawatan (skala data kategorik)		Kepuasan pasien (skala data numerik)	uji anova

### Analisis multivariat

Analisis multivariat adalah bentuk analisis yang digunakan untuk menganalisis hubungan lebih dari dua variabel. Analisis multivariat dalam penelitian ini dipergunakan untuk menganalisis hubungan antara karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, sumber pembiayaan, jarak rumah pasien dengan rumah sakit, diagnosa penyakit, lama

dan kelas perawatan) dengan kepuasan pasien. Jenis analisis yang digunakan adalah regresi linier berganda, yaitu suatu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen yang memiliki skala data numerik (Sabri, L. & Sutanto, P.H., 2006).

Langkah-langkah dalam pemodelan regresi linear ganda yaitu (Hastono, S. P., 2007) :

- 1) Melakukan analisis bivariat untuk menentukan variabel yang menjadi pemodelan. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai  $p < 0,25$ , maka variabel tersebut masuk ke dalam model multivariat. Untuk variabel yang  $p$  valuenya  $> 0,25$  namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat masuk ke dalam model. Uji bivariat yang digunakan untuk analisis tergantung dari skala data variabel independen. Bila variabel independen memiliki skala data numerik maka uji yang digunakan adalah uji korelasi. Bila variabel independen memiliki skala data kategorik maka uji yang digunakan adalah uji t atau uji anova.
- 2) Analisis multivariat untuk variabel yang masuk dalam pemodelan. Variabel yang masuk ke dalam model multivariat adalah variabel yang  $p$  valuenya  $\leq 0,05$ . Bila ada variabel yang memiliki  $p$  value  $> 0,05$ , dilakukan pengeluaran dari model satu per satu, dimulai dari variabel yang memiliki  $p$  paling besar. Bila pengeluaran variabel  $p$  terbesar dari model mengakibatkan perubahan *koefisien*  $B > 10\%$ , maka variabel tersebut dimasukkan kembali dan dianggap sebagai variabel *confounding*. Jika perubahan *koefisien*  $B \leq 10\%$  maka variabel tersebut dikeluarkan dan tidak masuk pemodelan.
- 3) Melakukan diagnostik regresi linear dengan melakukan pengujian kelima asumsi yaitu uji independensi, eksistensi,

- a) Uji asumsi independensi. Pemodelan dianggap memenuhi asumsi bila uji Durbin Watson menunjukkan nilai yang berada diantara  $-2 \leq d \leq +2$
- b) Uji asumsi eksistensi. Pemodelan dianggap memenuhi asumsi bila angka residual residual menunjukkan mean mendekati nilai nol dan ada sebaran/standar deviasi.
- c) Uji asumsi homoscedascity. Pemodelan dianggap memenuhi asumsi bila hasil plot menunjukkan tebaran titik mempunyai pola yang sama antara titik-titik yang berada di atas dan di bawah garis diagonal (0).
- d) Uji asumsi linearitas. Pemodelan dianggap memenuhi asumsi jika hasil uji anova menunjukkan  $p \text{ value} < \alpha = 0,05$
- e) Uji asumsi normalitas. Pemodelan dianggap memenuhi asumsi jika grafik histogram dan P-P plot menunjukkan bentuk distribusinya normal atau data menyebar di sekitar diagonal dan mengikuti arah garis regresi.
- f) Uji asumsi kolinearitas antar variabel independen. Pemodelan dianggap memenuhi asumsi jika tidak ada koleniaritas/ korelasi antara variabel independen, dimana nilai VIF (*variance inflation factor*) tidak lebih dari 10, atau pemodelan dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pasien (variabel dependen).
- 4) Pemodelan regresi linear berganda. Pemodelan regresi linear berganda dengan menggunakan rumus :  $Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k - e$
- Jadi pemodelan untuk faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasie adalah
- Kepuasan pasien = Kontanta + nilai B dari masing-masing variabel yang masuk pemodelan.