

UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI
TERJADINYA PERITONITIS PADA PASIEN
*CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL
DIALYSIS (CAPD) DI RUMAH SAKIT
UMUM* Dr. SAIFUL ANWAR
M A L A N G**

Tesis

Diajukan sebagai
persyaratan untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Oleh :

S u p o n o
0606155732

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

i



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI
TERJADINYA PERITONITIS PADA PASIEN
*CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL
DIALYSIS (CAPD)* DI RUMAH SAKIT
UMUM **Dr. SAIFUL ANWAR
M A L A N G****

Tesis

Oleh :

S u p o n o
0606155732

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Desember 2008

Supono

Faktor-faktor yang Berkontribusi Terjadinya Peritonitis pada Pasien *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.

xiii + 86 hal + 22 tabel + 2 skema + 6 gambar + 9 lampiran

ABSTRAK

Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) adalah dialisis yang dilakukan melalui rongga peritonium (rongga perut) dengan selaput/membran peritonium berfungsi sebagai filter. Tindakan CAPD dilakukan dengan insisi kecil pada dinding abdomen untuk pemasangan kateter, risiko komplikasi yang sering terjadi adalah infeksi pada peritonium (peritonitis). Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan faktor-faktor yang berkontribusi terjadinya peritonitis pada pasien CAPD di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Jenis penelitian deskriptif korelasi dengan rancangan *Cross Sectional study*. Jumlah sampel penelitian 22 pasien peritonitis CAPD dan 13 perawat dialisis, dengan teknik pengambilan sampel total sampling. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara status nutrisi ($p=0.032$), kemampuan perawatan ($p=0.024$) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD. Tidak ada hubungan yang signifikan antara umur ($p=0.702$), jenis kelamin ($p=0.669$), tingkat pendidikan ($p=0.771$), penghasilan ($p=1,000$), personal hygiene ($p=0.387$), supot sistem ($p=1,000$), fasilitas perawatan ($p=0,088$), standar struktur ($p=0.203$), standar proses ($p=0.559$) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD. Rekomendasi untuk perawat meningkatkan kunjungan rumah untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan dialisis dan pengelolaan nutrisi seimbang. Saran untuk pasien diharapkan mengikuti prosedur standar perawatan yang telah diajarkan.

Kata kunci : peritonitis, CAPD, perawat, pasien CAPD

Daftar pustaka 40 (1992 – 2008)

**POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING SCIENCE
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, December 2008.

Supono

**Related Factors of Peritonitis on Continuous Amabulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)
at Public Hospital of Dr. Saiful Anawar Malang.**

xiii + 86 pages + 22 table + 2 shcemas + 6 picture + 9 appendices

ABSTRACT

Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) was dialysis with cavum of peritoneal as filter. The procedure of CAPD is inserted catether in to abdomen wall with small incision, the commone complication of this intervention is peritonitis. The purpose of study was to identify the relation of peritonitis factors on CAPD patiens at Public Hospital of Dr. Saiful Anawar Malang. The Design of study was cross sectional, with 22 samples patiens of peritonitis and 13 nurses dialysis, that was taken with total sampling. The result was showed significant correlation between peritonitis insident with nutrition status ($p=0.032$) and self care ($p=0.024$) but not significant corelation with gender ($p=0.669$), level of education ($p=0.771$), income ($p=1,000$), personal hygiene ($p=0.387$), suport system ($p=0,088$), home care facilities ($p=1,000$), standard of structur ($p=0.203$), standard of proces ($p=0.559$). The conclusion of this study the decrease of self care of dialysis, result increasing of peritonitis incidence. It is recomended for the nurses provide health education self care dialysis to manage of balance and for patiens to folow self care standard.

Key word : peritonitis, CAPD, patiens, nurses

Reference : 40 (1992 – 2008)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Jakarta, 24 Desember 2008

Pembimbing I

Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc.

Pembimbing II

Mustikasari, S.Kp., MARS.

**PANITIA UJIAN SIDANG TESIS
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Jakarta, 24 Desember 2008



Pembimbing I

Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc.

Pembimbing II

Mustikasari, S.Kp., MARS.

Anggota,

Rita Herawati, S.Kp., M.Kep.

Anggota

Lestari Sukmarini, S.Kp., MN.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat-Nya pada peneliti sehingga bisa menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul “Faktor–faktor yang berkontribusi terjadinya peritonitis pada pasien *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur”. Dalam proses penyusunan tesis ini, peneliti telah banyak mendapatkan bimbingan dan dukungan, maka dalam kesempatan yang berbahagia ini peneliti mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar besarnya kepada :

1. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc., selaku pembimbing I dan sebagai Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan sabar dan penuh perhatian memberikan bimbingan pada peneliti
2. Mustikasari, S.Kp., MARS., selaku Pembimbing II yang telah banyak membimbing dan mengarahkan peneliti dalam penggunaan metodologi penelitian.
3. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Direktur Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang beserta staf struktural maupun fungsional yang telah memberikan ijin dan kesempatan pada peneliti untuk melakukan penelitian di ruang CAPD.
5. Istriku Siti Ruba’iyah yang telah memberikan dukungan sepenuhnya serta kedua anakku Ganif Bayu Primajaya dan Verlina Maya Gita yang telah memberi semangat belajar pada ayahnya.

6. Orang tuaku serta saudara-saudaraku yang telah memberi nasehat, motivasi dan bantuan materiil pada peneliti
7. Teman sejawat mahasiswa maupun alumnus yang telah banyak membantu memberikan inspirasi dalam penyusunan tesis ini.
8. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu oleh peneliti yang telah banyak membantu dalam penyusunan tesis ini.

Peneliti sepenuhnya menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari sempurna, hal ini semata-mata karena keterbatasan yang dimiliki oleh peneliti. Untuk kesempurnaan dalam penyusunan tesis ini, peneliti berharap kepada semua pihak untuk memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Semoga Allah SWT selalu melindungi dan membimbing kita ke jalan yang benar serta memberikan ilmu-ilmu yang bermanfaat bagi kita semua.

Depok, Desember 2008.

Peneliti,

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Anatomi dan Fisiologi Ginjal	10
1. Anatomi Ginjal	10
2. Fisiologi Ginjal	12
a. Filtrasi Glomerulus	12
b. Reabsorpsi Tubuler	13
c. Sekresi Tubuler	13
B. Peritoneal Dialisis	14
1. Defenisi	14
2. Prinsip-prinsip mekanisme kerja CAPD	16
3. Komplikasi Terapi CAPD	17

C.	Peritonitis	19
1.	Defenisi	19
2.	Patofisiologi	19
3.	Tanda dan Gejala	20
4.	Faktor Resiko	20
5.	Pencegahan Peritonitis	22
D.	Standar Pelayanan Keperawatan pasien CAPD	23
1.	Standar Pelayanan berdasarkan Struktur	23
2.	Standar Pelayanan berdasarkan Proses	24
a.	Asuhan Predialisis	24
b.	Rawat Inap	25
c.	Sebelum dan Selama Pelatihan	26
d.	Perawatan Pasien dirumah	27
3.	Standar Pelayanan berdasarkan Luaran / hasil	27
E.	Kerangka Teori	28
BAB III	KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI	
	OPERASIONAL	
A.	Kerangka Konsep Penelitian	30
B.	Hipotesis	32
C.	Definisi operasional	32
BAB IV	METODE PENELITIAN	
A.	Desain Penelitian	36
B.	Populasi dan Sampel	36
C.	Tempat penelitian	38
D.	Waktu penelitian	38
E.	Etika Penelitian	38
F.	Alat Pengumpul Data	40

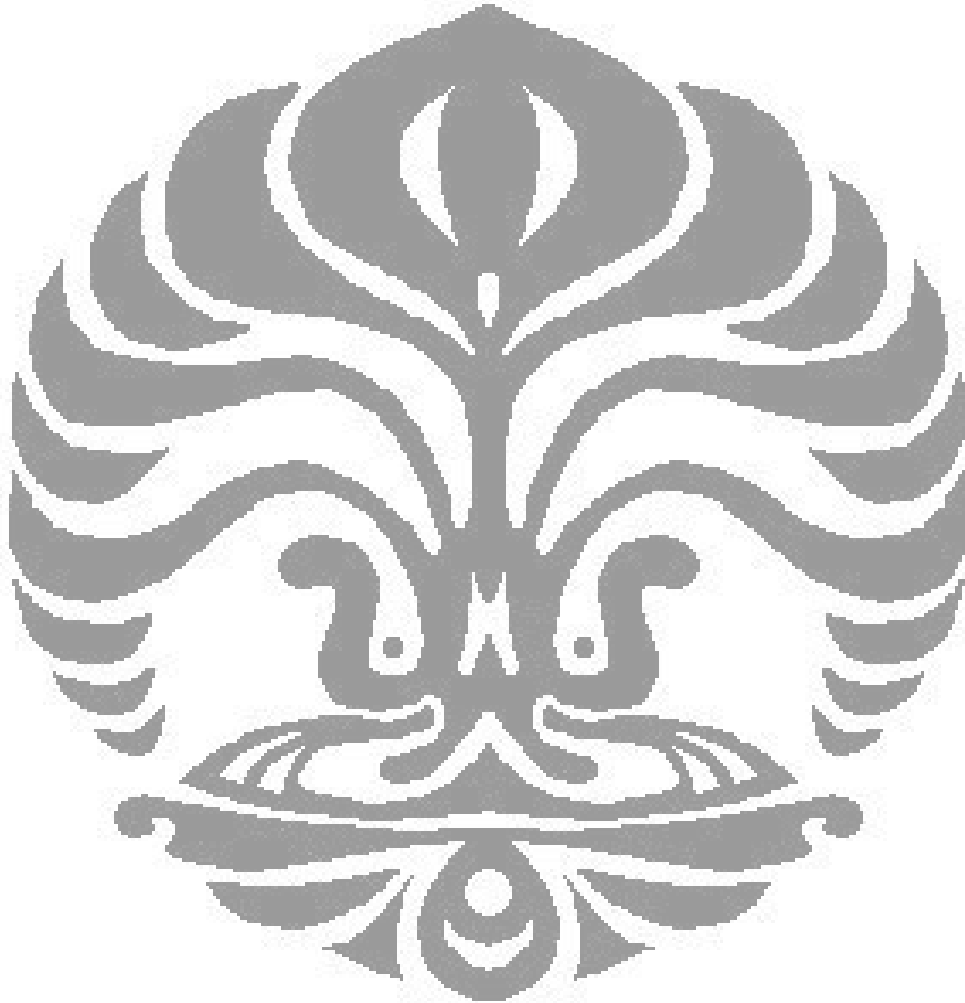
G.	Prosedur Pengumpulan Data	44
1.	Prosedur Administrasi	45
2.	Prosedur Tehnik	46
H.	Pengolahan dan Analisis Data	46
1.	Pengolahan data	46
2.	Analisis data	47
a.	Analisa Univariat	47
b.	Analisa Bivariat	48
<p>BAB V HASIL PENELITIAN</p>		
A.	Hasil Analisis Univariat	50
B.	Hasil Analisis Bivariat	59
<p>BAB VI PEMBAHASAN</p>		
A.	Intepretasi dan Hasil Diskusi	71
B.	Implikasi Hasil Penelitian	81
<p>BAB VII SIMPULAN DAN SARAN</p>		
A.	Simpulan	83
B.	Saran	84
<p>DAFTAR PUSTAKA</p>		
<p>LAMPIRAN-LAMPIRAN</p>		

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional	33
Tabel 4.1 Hasil Uji Coba	44
Tabel 4.2 Analisa Bivariat.....	49
Tabel 5.1 Distribusi Umur	51
Tabel 5.2 Distribusi Jenis Kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan (UMR) ..	52
Tabel 5.3 Distribusi Status Nutrisi	53
Tabel 5.4 Distribusi Personal Hygiene	54
Tabel 5.5 Distribusi kemampuan perawatan dialisis pasien	54
Tabel 5.6 Distribusi Sistem Pendukung	55
Tabel 5.7 Distribusi Fasilitas Perawatan	56
Tabel 5.8 Distribusi Standar Kualitas YANKEP	57
Tabel 5.9 Distribusi Episode infeksi pasien/tahun	58
Tabel 5.10 Hubungan Umur dengan kejadian peritonitis.....	59
Tabel 5.11 Hubungan Jenis Kelamin dengan kejadian peritonitis.....	60
Tabel 5.12 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan kejadian peritonitis.....	61
Tabel 5.13 Hubungan Penghasilan dengan kejadian peritonitis.....	62
Tabel 5.14 Hubungan Status Nutrisi dengan kejadian peritonitis.....	63
Tabel 5.15 Hubungan Personal Hygiene dengan kejadian peritonitis.....	64
Tabel 5.16 Hubungan Perawatan dialisis dirumah dengan kejadian peritonitis....	65
Tabel 5.17 Hubungan Sistem Pendukung dengan kejadian peritonitis.....	66
Tabel 5.18 Hubungan Fasilitas Perawatan dengan kejadian peritonitis.....	67
Tabel 5.19 Hubungan Standar Kulaitas YANKEP dengan kejadian peritonitis....	68

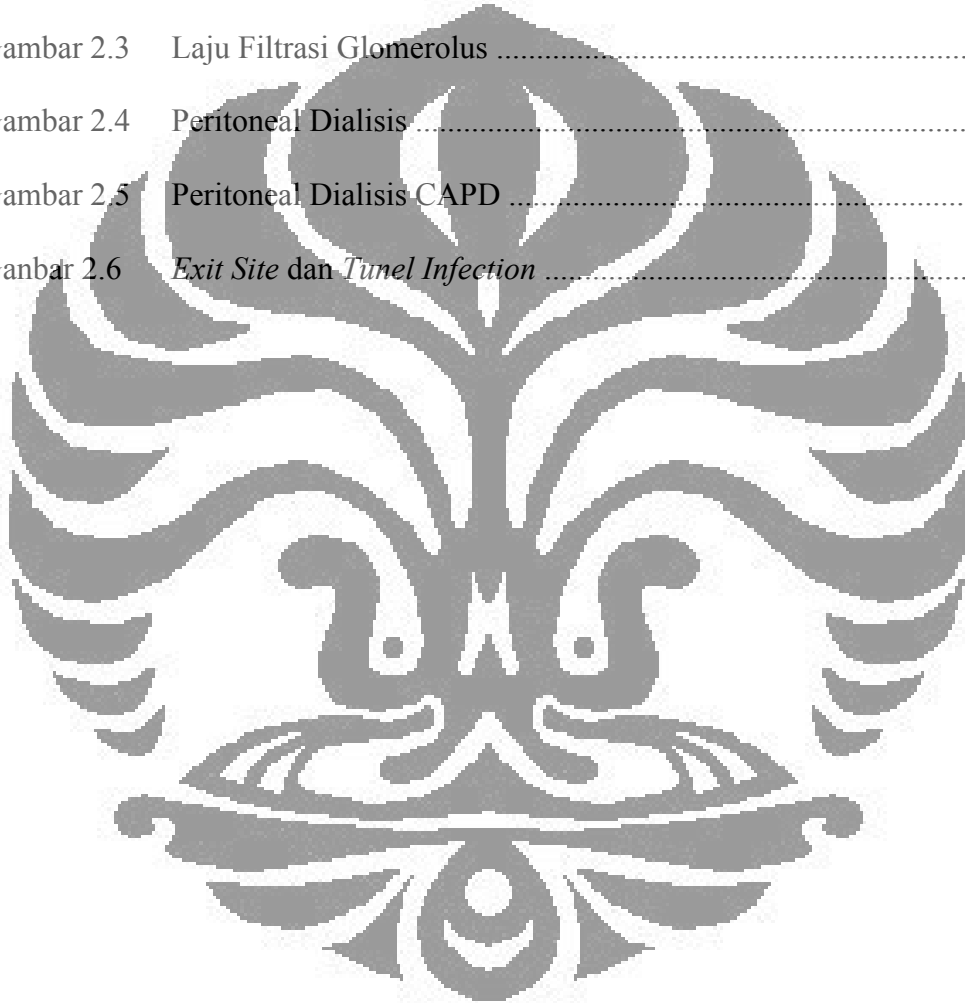
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori	28
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	31



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Ginjal dan Struktur Internal Ginjal	11
Gambar 2.2 Struktur Ginjal	11
Gambar 2.3 Laju Filtrasi Glomerulus	13
Gambar 2.4 Peritoneal Dialisis	15
Gambar 2.5 Peritoneal Dialisis CAPD	16
Gambar 2.6 <i>Exit Site</i> dan <i>Tunnel Infection</i>	18



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jadwal Pelaksanaan Penelitian
- Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3. Pedoman Wawancara Penelitian untuk Pasien
- Lampiran 4. Pedoman Wawancara Penelitian untuk Perawat
- Lampiran 5. Permohonan ijin Penelitian
- Lampiran 6. Persetujuan ijin Penelitian
- Lampiran 7. Nota Dinas ijin Penelitian
- Lampiran 8. Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 9. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit ginjal tahap akhir merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia (Smeltzer & Bare, 2008). Gangguan fungsi renal ini ditandai dengan proteinuri, hipertensi dan menurunnya Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) hingga < 15 ml/menit serta secara klinis keadaan umum pasien semakin memburuk (Black & Hawks, 2005). Keadaan ini mengharuskan pasien untuk menjalani terapi pengganti ginjal (*Renal Replacement Therapy/RRT*) dengan proses dialisis.

Penanganan tindakan dialisis merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut (Smeltzer & Bare, 2008). Pada saat dialisis molekul solut berdifusi lewat membran semipermeabel dengan cara mengalir dari sisi cairan yang lebih pekat (konsentrasi solut lebih tinggi) ke cairan yang lebih encer (konsentrasi solut lebih rendah) (Gutch, Stoner, & Corea, 1999). Ada tiga cara terapi pengganti ginjal salah satu diantaranya adalah *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) (Sidabutar, R.P. 2006. ¶. 6. penanggulangan gagal ginjal kronik dan kemajuannya. <http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/06>

PenanggulanganGagalGinjalkronik.pdf/06 PenanggulanganGagalGinjalkronik.html.
diperoleh tanggal 12 September 2008).

Terapi CAPD adalah dialisis yang dilakukan melalui rongga peritoneum (rongga perut) dimana selaput/membran peritoneum (selaput rongga perut), berfungsi sebagai filter sehingga CAPD sering disebut “cuci darah” melalui perut (Kalbe, 2007, renal replacement therapy, ¶ 1, <http://www.kalbe.co.id/index.php?mn=product&tipe=3&cat=311>, diperoleh tanggal 10 September 2008). Thomas (2003, dalam Yetti, 2007) mengemukakan bahwa “CAPD sebagai salah satu alternatif terapi pengganti pada penyakit ginjal tahap akhir (PGTA) telah direkomendasikan sejak tahun 1974 oleh Popovich dan Moncrief”. Terapi CAPD semakin meluas termasuk di Indonesia. Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta sejak awal tahun 1980 telah melakukan terapi CAPD secara insidental (Tambunan, 2007) dan pada tahun 2004 tercatat 618 pasien mendapatkan pelayanan terapi CAPD (Situmorang, 2008).

Indikasi tindakan terapi pengganti ginjal dengan cara CAPD antara lain: pasien hemodialisis rumatan (*maintenance*) atau hemodialysis kronik yang bermasalah dengan cara terapi yang dijalani (gangguan akses vaskuler, rasa haus yang berlebihan, hipertensi berat, sakit kepala pasca dialisis, anemia berat yang memerlukan transfusi), pasien yang sedang menunggu transplantasi ginjal dan penyakit ginjal tahap akhir akibat diabetes millitus (Smeltzer & Bare, 2008).

Sebaliknya terapi CAPD tidak bisa diberikan pada pasien dengan kondisi antara lain mengalami nyeri kronis pada punggung, adanya riwayat pembedahan pada abdomen (kolostomi, ileal conduit, ileostomy), diverkulitis dan hernia pada dinding abdomen, (Sudoyo, 2006, *renal replacement therapy: peritoneal dialysis*, ¶ 6, http://www.kidney.ab.ca/treatments/_images/peritoneal.jpg&imgrefurl, diperoleh tanggal 19 September 2008).

Terapi CAPD ini memberikan keuntungan bagi pasien antara lain tidak perlu ditusuk pakai jarum berkali-kali, tidak perlu datang ke rumah sakit setiap saat, fungsi ginjal yang masih tersisa dapat dipertahankan, tidak tergantung pada bantuan orang lain, dapat dilakukan sendiri dirumah atau ditempat kerja, tekanan darah klien lebih terkendali, kebutuhan suplemen zat besi dan eritropoietin jauh lebih sedikit dan klien lebih bebas memilih jenis makanan dan minuman (Black & Hawks, 2005; Smeltzer & Bare, 2008).

Sampai saat ini permasalahan komplikasi pada terapi CAPD masih ditemukan diantaranya; mekanik, medikal dan infeksi (De Vore, CAPD and its complications, ¶ 13, <http://www.renal.org/guidelines/module3b.html>, diperoleh tanggal 17 September 2008). Komplikasi infeksi yang sering terjadi adalah peritonitis, dengan angka kejadian mencapai 60 % - 80 % (Smeltzer & Bare, 2008), *tunnel infections*, *exit site* (MacDougall, 2007, CAPD peritonitis: causes, management,

<http://www.renalandurologynews.com/CAPD-Peritonitis-Causes-Management/article/99060/>, diperoleh tanggal 12 September 2008).

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum, yang berasal dari cairan infeksi masuk dalam rongga abdomen (Timby, Scherer, & Smith, 1999). Pada saat terjadi peritonitis klien mengalami demam, pembengkakan pada peritoneum, nyeri abdomen saat cairan dimasukkan, dan cairan drainase peritoneal keruh (<http://www.bsac.org.uk/pyxis/Intra%20abdominal%20infections/Peritoneal%20cavity%20infections/Peritonitis/Peritonitis.htm>, diperoleh tanggal 12 September 2008), pemberian antibiotika berisiko merusak fungsi ginjal yang masih tersisa akibat terjadi nefrotoksik, kateter peritoneal juga harus dilepas untuk menghindari peritonitis lebih lanjut oleh jamur (Smeltzer & Bare, 2008), peritonitis juga mengakibatkan kehilangan protein melalui peritoneum dalam jumlah besar sehingga terjadi malnutrisi yang berdampak pada lamanya proses penyembuhan. Untuk mempertahankan kondisi pasien harus dilakukan hemodialisis sedikitnya selama 1 bulan kemudian baru dipasang kembali peritoneal dialisis (Hudak & Gallo, 1996)

Terjadinya peritonitis pada pasien CAPD juga dipengaruhi oleh standar pelayanan yang tidak prima, maka untuk menjamin mutu pelayanan keperawatan tersebut diperlukan standar pelayanan keperawatan. Menurut Yetti (2008) usaha untuk penjaminan kualitas pelayanan keperawatan terhadap pasien CAPD dibagi menjadi

tiga antara lain: standar kualitas berdasarkan struktur, standar kualitas berdasarkan proses dan standar kualitas berdasarkan luaran/hasil.

Untuk menghindari berkembangnya komplikasi lebih lanjut, maka perawat perlu mengajarkan kembali pada pasien CAPD cara mengenal setiap masalah potensial yang berhubungan dengan masalah kateter atau pengobatan yang sedang dijalani serta meningkatkan peran keluarga atau orang terdekat dalam perawatan (Hudak & Gallo, 1996), perawat harus mengembangkan kualitas pasien secara berkelanjutan/terus menerus dengan mengumpulkan data-data tentang situasi yang berlangsung, mengidentifikasi cara yang digunakan klien untuk meningkatkan kinerja, mengutamakan pendekatan metode baru yang lebih baik untuk mencapai tujuan kemudian melakukan evaluasi. Semua personel (*team work*) yang berkontribusi pada pengembangan dan menjamin kualitas pasien harus siap siaga bila sewaktu waktu dibutuhkan (Gutch, Stoner, & Corea, 1999).

Kompleksnya permasalahan pasien peritoneal dialisis dengan komplikasi peritonitis, maka peran *team work* khususnya perawat diharapkan lebih baik untuk memberikan asuhan keperawatan secara holistik sehingga dapat menjamin keberhasilan adaptasi dari bentuk pengobatan yang dipilih pasien. Model pelayanan keperawatan harus terus dikembangkan untuk menekan angka kejadian komplikasi peritonitis dengan melakukan *home visit* secara periodik dengan membentuk *team work* yang tangguh

sehingga permasalahan pasien dengan komplikasi teknis maupun komplikasi fisiologi segera terdeteksi dan memperoleh penanganan yang akurat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gan, et al. (2003) di Singapura didapatkan kejadian peritonitis pada pasien CAPD dihubungkan dengan jenis kelamin, usia, suku, penyebab gagal ginjal. Dengan sedikitnya karakteristik penelitian yang sudah ada, peneliti tertarik ingin mengembangkan lebih luas karena terjadinya peritonitis pada peritoneal dialisis sangat luas dan kompleks.

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur, data pelayanan terapi CAPD dilakukan sejak tahun 2003 hingga bulan September 2008 jumlah pasien 173 orang, dari jumlah tersebut 82 pasien telah meninggal dunia, 10 pasien pindah terapi HD dan 2 pasien melakukan transplantasi ginjal, hingga 6 bulan terakhir ini yang mendapatkan pelayanan CAPD sebanyak 81 pasien.

Pasien melakukan kontrol di bagian ruang hemodialisis 1 bulan sekali pada periode tanggal 1 sampai tanggal 10 tiap bulannya bagi pasien lama dan 1 minggu sekali bagi pasien baru serta sewaktu-waktu jika kondisi darurat. Peran perawat di rumah sakit adalah memberikan re-edukasi dan observasi untuk klien yang berisiko komplikasi dan kunjungan rumah (*home visit*) oleh seorang perawat terlatih yang telah mendapatkan sertifikasi terapi CAPD. Dari 81 pasien CAPD di rumah sakit

tersebut sebanyak 22 pasien CAPD diketahui pernah menderita komplikasi peritonitis.

B. Rumusan Masalah

Menurunnya laju filtrasi glomerulus (LFG) hingga < 15 ml/menit akibat penyakit ginjal tahap akhir, mengharuskan pasien untuk menjalani terapi pengganti ginjal, salah satu cara terapi pengganti ginjal diantaranya yaitu CAPD. CAPD adalah dialisis melalui rongga abdomen secara terus menerus. Terapi ini memiliki risiko terjadinya komplikasi; yang sering adalah infeksi pada peritonium (peritonitis). Sejauh ini belum diketahui faktor-faktor yang berkontribusi terjadinya peritonitis pada pasien CAPD di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang. Ditambah lagi, sejauh ini peneliti belum menemukan penelitian yang terkait dengan faktor-faktor yang mendasari terjadinya peritonitis pada pasien CAPD. Berdasarkan pada fenomena tersebut diatas maka peneliti ingin mengetahui tentang masalah “faktor-faktor apakah yang berkontribusi terjadinya peritonitis pada pasien CAPD”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi terjadinya peritonitis pada pasien CAPD.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Mengidentifikasi karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan (UMR))
- b. Menilai status nutrisi (IMT)
- c. Menilai personal hygiene
- d. Menilai kemampuan perawatan dan tindakan dialisis
- e. Menilai sistem pendukung dari pihak keluarga (*helper*)
- f. Mengidentifikasi fasilitas perawatan CAPD di rumah
- g. Menilai standar kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan struktur dan proses
- h. Mengidentifikasi hubungan karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan(UMR)) dengan kejadian peritonitis
- i. Menilai hubungan status nutrisi (IMT) dengan kejadian peritonitis
- j. Menilai hubungan personal hygiene dengan kejadian peritonitis
- k. Menilai hubungan kemampuan dalam melakukan perawatan dan tindakan dialisis di rumah dengan kejadian peritonitis
- l. Menilai hubungan sistem pendukung dari pihak keluarga (*helper*) dengan kejadian peritonitis
- m. Menilai hubungan fasilitas perawatan di rumah dengan kejadian peritonitis
- n. Mengidentifikasi hubungan standar kualitas pelayanan keperawatan (struktur dan proses) dengan kejadian peritonitis

D. Manfaat Penelitian

1. Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan rujukan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terkait dengan permasalahan pengendalian faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya peritonitis pada pasien CAPD
2. Dapat berperan dalam pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah, khususnya tentang terapi CAPD bagi tenaga kesehatan di unit ginjal khususnya perawat ginjal.
3. Menambah wawasan tenaga kesehatan di unit ginjal khususnya perawat dalam pengembangan intervensi keperawatan pada pasien CAPD
4. Dapat digunakan klien sebagai bahan pertimbangan untuk mengendalikan faktor-faktor yang berisiko terjadinya peritonitis pada CAPD
5. Diharapkan dapat memberikan kontribusi pada area penelitian lebih lanjut yang berhubungan dengan permasalahan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

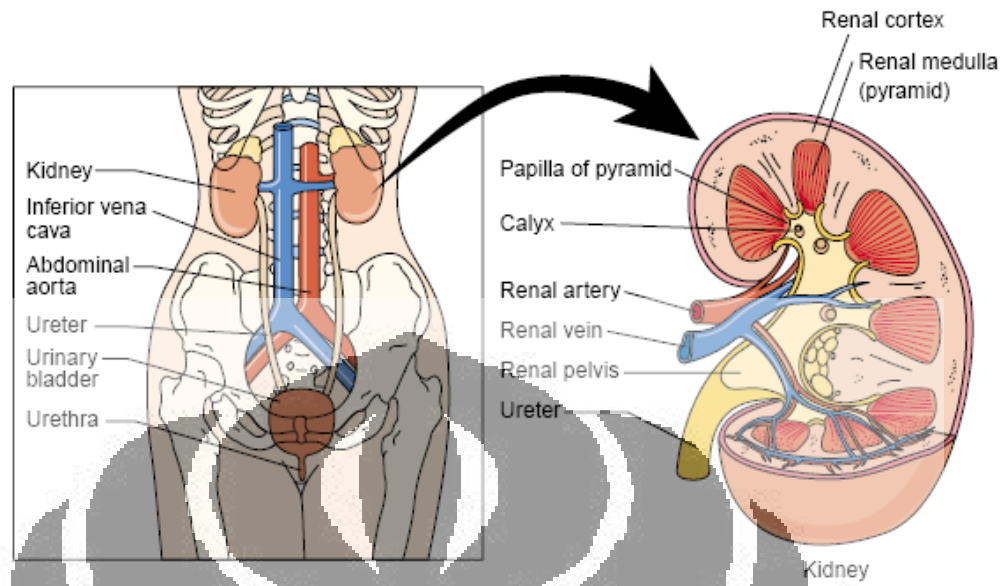
Bab II ini diuraikan tentang anatomi dan fisiologi ginjal, CAPD, peritonitis, standar pelayanan pasien CAPD.

A. Anatomi dan fisiologi ginjal

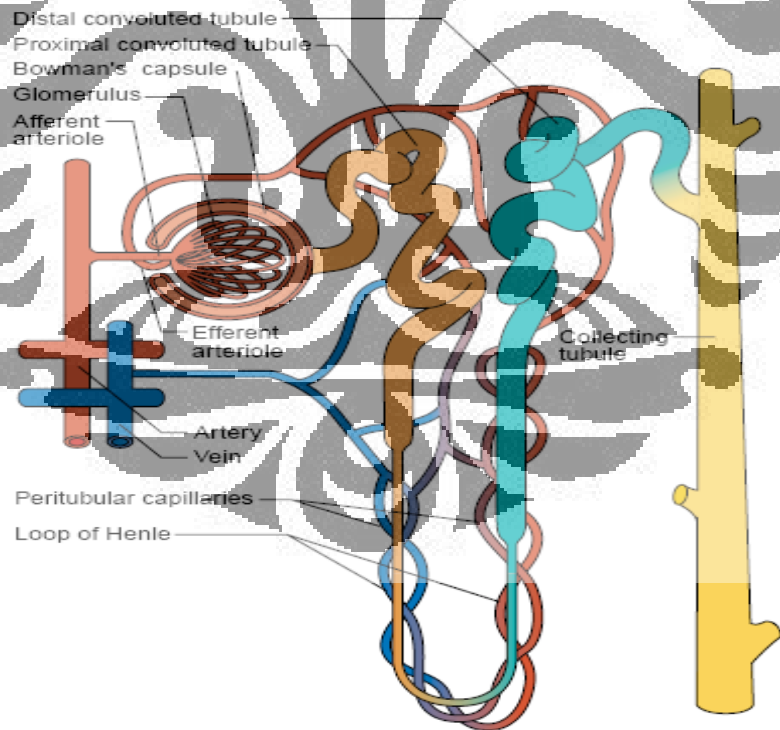
Memahami ginjal dan fungsinya merupakan hal yang amat penting bagi tenaga kesehatan (perawat, dokter) terutama yang memberi perhatian khusus pada penatalaksanaan dan asuhan di bidang ginjal. Untuk dapat mengerti secara jelas tentang ginjal, tenaga kesehatan (perawat, dokter) harus mempelajari anatomi dan fisiologi ginjal baik secara mikro maupun makro.

1. Anatomi ginjal

Ginjal adalah sepasang organ saluran kemih berbentuk kacang hijau yang terletak di rongga retroperitoneal bagian atas. Berat ginjal 120 – 170 gram (\pm 0,4 % dari berat badan), panjang 11,5 cm, lebar 6 cm, tebal 3,5 cm (lihat gambar 1). Struktur ginjal terdiri medulla dan korteks, medulla banyak terdapat duktuli ginjal sedangkan korteks terdapat berjuta juta nefron yang merupakan unit fungsional terkecil ginjal terdiri atas tubulus contortus proksimalis, glomerulus, tubulus contortus distalis dan ductus koligentes ginjal (lihat gambar 2).



Gambar 1 : Anatomi ginjal dan struktur internal ginjal



Gambar 2 : Struktur Ginjal

2. Fisiologi ginjal

Ginjal memiliki dua fungsi penting yaitu fungsi ekskresi dan fungsi sekresi, peranan dari fungsi ekskresi ginjal adalah pengaturan keseimbangan air dan elektrolit, mengeluarkan sisa hasil metabolisme tubuh yang tidak dibutuhkan. Sedangkan peranan dari fungsi sekresi adalah melakukan kontrol terhadap sekresi hormon-hormon aldosteron dan *anti deuretic hormone* (ADH) , mengatur metabolisme ion kalsium dan vitamin D, menghasilkan beberapa hormon; eritropoitin dalam pembentukan sel darah merah, renin dalam pengaturan tekanan darah dan hormon prostaglandin (Bakri, 2005, deteksi dini dan upaya-upaya pencegahan progresifitas penyakit gagal ginjal kronik, <http://med.unhas.ac.id/DataJurnal/tahun2005vol26/Vol26No.3Supplementok/6-Syakib%20Bakri.pdf>, diperoleh tanggal 12 September 2008), pengaturan cairan dan elektrolit dalam tubuh melalui fungsi filtrasi pada glomerulus, reabsorpsi dan sekresi tubuler (lihat gambar 3), (Hudck & Gallo, 1996).

a. Filtrasi glomerulus

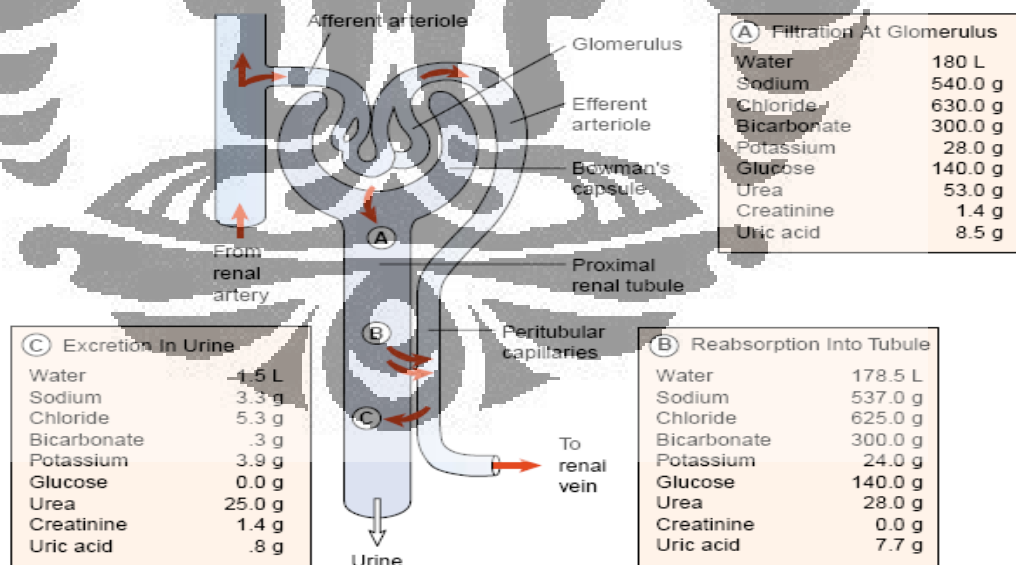
Filtrasi glomerulus adalah langkah awal proses pembentukan urine yang berasal dari plasma darah yang dipompakan jantung pada kedua ginjal \pm 1250 cc/menit (25 % dari total *cardiac out put*/menit). Tekanan hidrostatik glomerulus yang lebih kuat dari tekanan osmotik koloid glomerulus maupun tekanan hidrostatik kapsula Bowman's menghasilkan filtrat, sehingga dari glomerulus tersebut cairan keluar dan masuk ke dalam tubulus. Diperkirakan jumlah pembentukan filtrat adalah 125 ml per menit.

b. Reabsorpsi Tubuler

Filtrat yang telah dihasilkan \pm 125 ml per menit atau 180 liter per hari yang mengalir dari kapsula Bowman's sampai ke seluruh nefron. Tidak semua filtrat yang dihasilkan akan disekresi, 80 % air dan elektrolit, semua glukosa dan protein, sebagian besar asam amino direabsorpsi saat melalui tubulus proksimus.

c. Sekresi Tubuler

Proses sekresi tubuler ini terjadi pada tubulus proksimus, tubulus distal dan pada duktus pengumpul. Filtrat yang dihasilkan \pm 125 ml per menit sekitar 1/125 atau 1 ml per menit akan disekresikan berupa urine (urea, kreatinin, asam urat, fosfat, kalium, sulfat, nitrat dan fenol) ke pelvis ginjal sebagai produk buangan atau limbah yang tidak digunakan oleh tubuh.



Gambar 3 : Laju filtrasi glomerulus (LFG), reabsorpsi pada tubulus dan pengeluaran urine.

Ginjal dalam kondisi normal melakukan fungsi filtrasi glomerulus sekitar 125 ml per menit, apabila terjadi gangguan, akan mengalami penurunan fungsi filtrasi secara bertahap. Tahapan penurunan fungsi ginjal menurut Am J Kid Dis (AJKD), (2004, *Classification of Renal Function*) :

- Stadium 1 : Faktor resiko *Chronic Kidney Disease* (CKD) (LFG > 90 ml/menit/1,73 m²)
- Stadium 2 : Penurunan fungsi ginjal ringan (LFG 60 – 89 ml/menit/1,73 m²)
- Stadium 3 : Penurunan fungsi ginjal sedang (LFG 30 – 59 ml/menit/1,73 m²)
- Stadium 4 : Penurunan fungsi ginjal berat (LFG 15 – 29 ml/menit/1,73 m²)
- Stadium 5 : Gagal ginjal *end stage renal disease* (ESRD) (LFG < 15 ml/menit/1,73 m²)

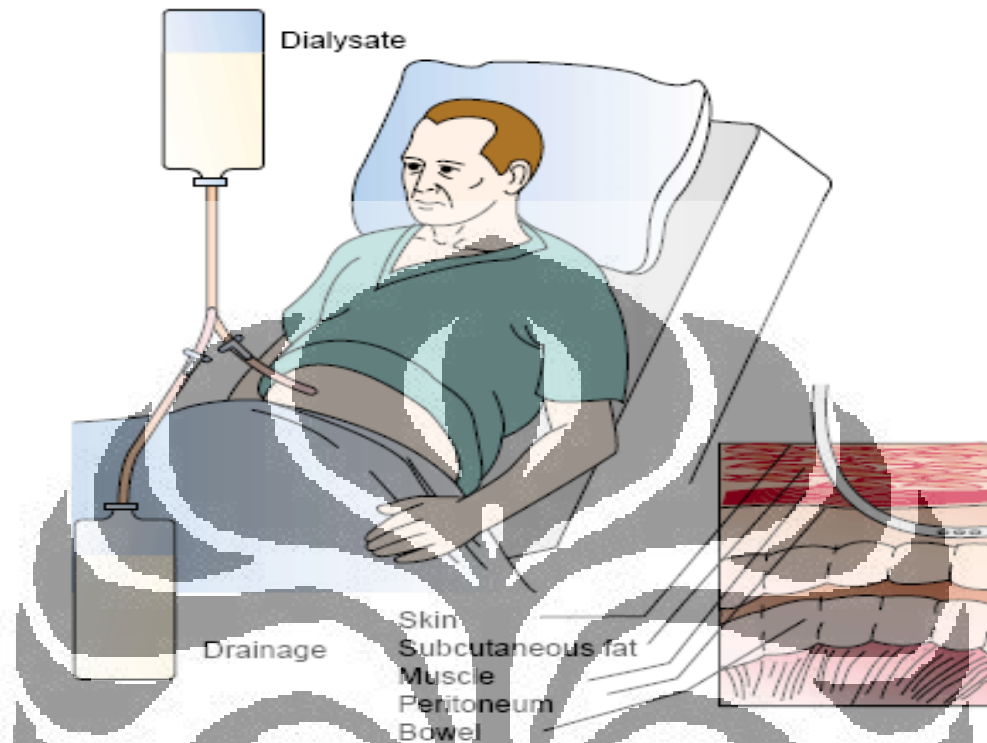
B. Peritoneal Dialisis

Pada gagal ginjal stadium 5, pasien memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) yang berupa dialisis (hemodialisa, peritoneal dialisis) dan transplantasi ginjal

1. Definisi

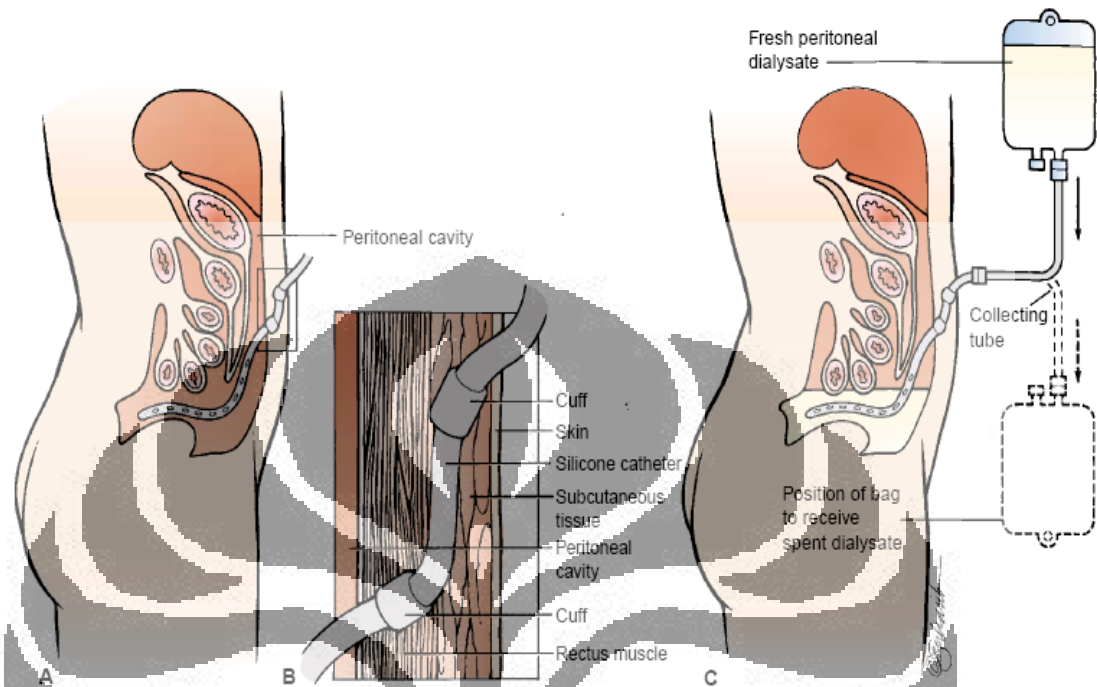
Peritoneal Dialisis (PD) adalah salah satu bentuk dialisis dalam penanganan pasien gagal ginjal baik akut maupun kronik dengan menggunakan membran

peritoneum yang bersifat semipermeabel (lihat gambar 4). (Sudoyo, 2006).



Gambar 4 : Peritoneal dialisis. Cairan dialisis diinfuskan ke dalam kavum peritoneal dengan bantuan gaya gravitasi.

Salah satu jenis terapi PD diantaranya *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) yaitu dialisis pengganti ginjal yang dilakukan secara terus menerus, dilakukan melalui rongga peritoneum (rongga perut) dimana yang berfungsi sebagai filter adalah selaput/membran peritoneum (selaput rongga perut), sehingga CAPD sering disebut “cuci darah” melalui perut (lihat gambar 5). (Kalbe, 2007, *renal replacement therapy*, ¶ 1, <http://www.kalbe.co.id/index.php?mn=product&tipe=3&cat=311>, diperoleh tanggal 10 September 2008). Thomas (2003, dalam Yetti, 2007)



Gambar 5 : Peritoneal dialysis CAPD. (A) Kateter peritoneal diimplantasikan lewat dinding abdomen. (B) Manset dakron dan saluran subcutan memberikan perlindungan terhadap infeksi. (C) Cairan dialisat mengalir dengan bentuan gaya gravitasi masuk melalui kateter peritoneal ke kavum peritoneal.

2. Prinsip-prinsip mekanisme kerja CAPD

CAPD bekerja berdasarkan prinsip-prinsip dialisis yaitu difusi dan osmosis, terapi CAPD ini bersifat *continue* sehingga kadar produk limbah nitrogen dalam serum relatif stabil. Nilai bergantung pada fungsi ginjal yang masih tersisa, volume dialisat setiap hari serta kecepatan produk limbah diproduksi. Semakin lama waktu retensi, kliren molekul yang merupakan toksin uremik yang berukuran sedang semakin baik. Dengan CAPD kliren molekul meningkat, substansi dengan berat molekul rendah seperti ureum akan berdifusi lebih cepat dalam proses dialisis

dari pada molekul berukuran sedang, meskipun pengeluarannya selama CAPD lebih lambat jika dibandingkan dengan hemodialisis.

Untuk meningkatkan difusi dan osmosis saat dialisis peritoneal maka diperlukan cairan dialisat *hypertonic* yang memiliki konsentrasi glukosa tinggi sehingga tercipta gradien osmotik. Semakin tinggi konsentrasi glukosa maka semakin besar gradien osmotik dan semakin besar pula air yang dikeluarkan. Ada tiga pilihan konsentrasi larutan glukosa; 1,5 %, 2,5 % dan 4,25 % dengan berbagai ukuran volume yaitu mulai 500 ml hingga 3000 ml. Tujuan dari tersedianya berbagai konsentrasi larutan glukosa dan ukuran volume adalah untuk menyesuaikan toleransi, ukuran tubuh dan kebutuhan fisiologis pasien.

Terapi CAPD dilakukan secara *continue* yaitu 4 kali setiap hari dengan interval waktu yang telah dijadwalkan yaitu pukul 08.00, 12.00, 17.00, dan 22.00. Proses setiap pertukaran biasanya memerlukan waktu 30 – 60 menit atau lebih, hal ini tergantung dari lamanya retensi yang dibutuhkan. Rincian waktu pertukaran adalah 5 – 10 menit periode pemasukan cairan dialisat (*inflow*), 20 menit periode pengeluaran cairan dialisat (*outflow*), 10 – 30 menit atau lebih waktu retensi.

3. Komplikasi terapi CAPD

Terapi CAPD memerlukan tindakan pembedahan untuk pemasangan kateter melalui dinding abdomen masuk ke dalam kavum peritoneal, sehingga

memudahkan terjadi kontaminasi dari luar tubuh pasien atau sebaliknya melalui *exit site*. Penyulit–penyulit pada CAPD antara lain; mekanikal, medikal dan infeksi (DeVore, CAPD and its complications, ¶ 13, <http://www.renal.org/guidelines/module3b.html>, diperoleh tanggal 17 September 2008). Mekanikal adalah semua penyulit yang berhubungan dengan pemasangan kateter; adanya keluhan nyeri pada sekitar *exit site*, kebocoran cairan dialisat, *clot* pada drainase. Medikal adalah kemungkinan komplikasi yang terjadi pada pasien CAPD; malnutrisi, edema akibat kelebihan cairan, fibrosis peritoneum, Infeksi adalah komplikasi karena infeksi; infeksi sering terjadi pada *exit site* yaitu adanya rasa nyeri pada sekitar kateter permukaan kulit dan *tunnel* yaitu adanya rasa nyeri dan panas sepanjang implantasi kateter, infeksi ini mengakibatkan terjadinya peritonitis. (lihat gambar 6). Komplikasi infeksi mengakibatkan terjadi peritonitis mencapai 60 % - 80 % (Smeltzer & Bare, 2008).



Gambar 6 : *Exit site* dan *tunnel infections* berpotensi peritonitis

C. Peritonitis

Tindakan bedah abdomen pada terapi CAPD dan pemasangan kateter rentan terhadap terjadinya inflamasi akut yang disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, atau jamur. Bila kondisi tersebut tidak segera diatasi resiko penyebaran infeksi akan lebih cepat dan mudah terjadi peritonitis.

1. Definisi

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum lapisan membran serosa rongga abdomen dan meliputi visera (Smeltzer & Bare, 2008), peritonitis ini terjadi juga dihubungkan dengan proses bedah abdominal dan dialisis peritoneal (Sudoyo, 2006)

2. Patofisiologi

Peritonitis disebabkan oleh kebocoran isi dari organ abdomen kedalam rongga abdomen akibat dari infeksi, iskemik, trauma atau perforasi. Peritonitis pada CAPD lebih sering berasal dari kontaminasi mikro organisme pada kulit saat penggantian cairan dialisis, kontaminasi saat penggantian kateter, kolonisasi bakteri pada *exit site* dan *tunnel infections*. Proliferasi bakteri akan mengakibatkan terjadinya edema jaringan peritoneal, dalam waktu singkat terjadi eksudasi cairan. Cairan dalam rongga peritoneal menjadi keruh dengan meningkatnya jumlah protein, sel darah putih, debris seluler dan darah. Reaksi dari kondisi tersebut meningkatkan motilitas usus yang diikuti illeus paralitik sehingga terjadi akumulasi udara dan cairan dalam usus.

3. Tanda dan gejala

Respon pasien terhadap peritonitis ini sangat bervariasi tergantung dari lokasi dan luasnya inflamasi, pada pasien CAPD cairan dialisis menjadi keruh, nyeri pada abdomen, dinding abdomen menjadi tegang, demam, leukositosis, menggigil, mual-mual, diare.

4. Faktor risiko

Faktor risiko terjadinya peritonitis pada pasien CAPD dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, usia, status nutrisi, pendapatan/finansial, personal hygiene.

a. Tingkat pendidikan

Sebelum dan setelah dilakukan tindakan pemasangan CAPD, perawat/tim memberikan *teaching* berupa pelatihan tindakan perawatan CAPD. Pelatihan ini diberikan mengingat tindakan CAPD memerlukan perawatan secara terus menerus yang harus dilakukan oleh pasien secara mandiri. Keberhasilan pelatihan yang diberikan dipengaruhi tingkat pendidikan juga oleh kondisi pasien termasuk kemampuan baca tulis (Tambunan, 2008)

b. Usia

Cara pandang seseorang dalam kehidupan, masa depan dan pengambilan keputusan sangat dipengaruhi oleh usia seseorang. Misalnya seseorang penderita gagal ginjal kronik usia 35 tahun dengan 2 anak balita dibandingkan dengan penderita lain berusia 78 tahun yang semua anaknya sudah mandiri tentu saja berbeda dalam menentukan pilihan untuk mendapatkan kesehatan.

Usia juga erat kaitanya dengan prognosa suatu penyakit dan harapan hidup, mereka yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal sangat besar dibandingkan dengan yang berusia dibawah 40 tahun (Fefendi, 2008, faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan perawatan hemodialisis, <http://indonesiannursing.com/2008/07/30/faktor-faktor-yang-mempengaruhi-ketidakpatuhan-perawatan-hemodialisis/> diperoleh tanggal 24 Oktober 2008).

c. Status Nutrisi

Pasien dengan tindakan peritoneal dialisis yang menetap sangat berisiko terjadinya gangguan nutrisi apalagi ditunjang dengan indek masa tubuh (IMT) dibawah normal. Pengeluaran cairan dialisis tiap hari memberikan dampak pada rendahnya nilai protein pasien hingga terjadi hypoalbuminemia

d. Penghasilan

Tingkat ekonomi/penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat, perawatan ataupun biaya transportasi. Beberapa diantara penyakit kronis (gagal ginjal kronik) memerlukan biaya yang besar untuk perawatan dan pengobatan apabila harus dilakukan dialisis ataupun transplansi ginjal. (Fefendi, 2008, faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan perawatan hemodialisis, <http://indonesiannursing.com/2008/07/30/faktor->

faktor-yang-mempengaruhi-ketidakpatuhan-perawatan-hemodialisis/ diperoleh tanggal 24 Oktober 2008).

e. Personal hygiene

Kebersihan seseorang erat kaitannya dengan perkembangan suatu penyakit terutama pada perawatan dialisis dirumah. Kebersihan *exit site* harus dilakukan setiap hari untuk mencegah terjadinya infeksi peritonitis (Tambunan, 2008). Kebersihan personal tiap hari meliputi mandi sedikitnya 2 kali pagi dan sore, kebersihan gigi dan mulut serta ganti pakaian.

5. Pencegahan Peritonitis

Untuk mencegah terjadinya infeksi yang terpenting adalah membersihkan atau melakukan perawatan area sekitar kateter *exit site* setiap hari dengan memperhatikan prinsip septic aseptik; cuci tangan sebelum melakukan tindakan, gunakan masker, buka dan buang kasa yang tidak terpakai, mencuci tangan kembali, bersihkan dengan antiseptik jika ada gumpalan, bersihkan pangkal kateter dengan cara memutar kearah keluar, bersihkan jika ada gumpalan dan keringkan kulit sekitar *exit site*, kembalikan kateter pada posisi yang benar, tutup kembali dengan kasa steril dan hindari kontaminasi, cuci tangan dan bereskan alat-alat.

Hal-hal yang harus diperhatikan untuk pencegahan infeksi; selalu mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan prosedur tindakan, jaga kebersihan lingkungan tempat perawatan dan penggantian dialisat, berikan penerangan yang baik pada

ruangan tersebut, lakukan semua prosedur sesuai yang diajarkan, hindari perubahan posisi pada *tenckhoff catheter* dan tidak menggunakan salep, *creams*, bedak untuk sekitar *exit site*. Lindungi *exit site* dari infeksi dan rawat dengan kasa steril tiap hari, jika emergensi hubungi dokter atau perawat dialisis.

D. Standar pelayanan keperawatan pasien CAPD

Peningkatan kualitas pelayanan keperawatan yang prima terhadap pasien CAPD diperlukan suatu sistem penjaminan didalam proses asuhan keperawatan. Menurut Yeti (2008) usaha untuk penjaminan kualitas pelayanan keperawatan terhadap pasien CAPD dibagi menjadi tiga; standar kualitas berdasarkan struktur, standar kualitas berdasarkan proses dan standar kualitas berdasarkan luaran (hasil).

1. Standar pelayanan berdasarkan struktur

Standar berdasarkan struktur berfokus pada karakteristik internal dalam organisasi dan karakteristik perawat. Karakteristik internal organisasi meliputi; standar operasional prosedur (SOP) pada setiap tahapan perawatan pasien dengan CAPD, kewenangan peran perawat dalam asuhan pasien CAPD dan metoda penugasan. Karakteristik perawat meliputi; pengalaman kerja minimal 2 tahun, tempat dan pekerjaan merupakan pilihan sesuai pilihan, program pelatihan dasar dan lanjutan yang terkait baik level *basic* maupun *advanced*.

Kesesuaian tugas dan ketrampilan perawat dialisis berdasarkan sertifikat yang dimiliki;

- a. Sertifikat *basic*; mengganti cairan, mengenal peritonitis perawat
- b. Sertifikat *advanced*; edukasi–training pasien, ganti transfer set, melakukan peritoneal equilibrium test (PET), melakukan terapi peritonitis, melakukan follow up dengan kunjungan rumah/telepon

2. Standar pelayanan berdasarkan proses

Standar berdasarkan proses dibagi menjadi beberapa tahap kegiatan antara lain; asuhan predialisis, rawat inap, sebelum dan selama pelatihan, perawatan di rumah.

a. Asuhan Predialisis

Sebelum dilakukan terapi CAPD, perawat harus mengingatkan kembali pemahaman pasien tentang pilihan terapi pengganti ginjal meliputi kelebihan dan keterbatasan metoda, memastikan perawatan yang tepat sebelum implantasi *Tenckhoff catheter* (Yetti, 2007) dan pemilihan letak/tempat kateter (Tambunan, 2008). Kepastian pemilihan yang tepat dan penerimaan tentang terapi CAPD oleh pasien akan menentukan tindakan selanjutnya dalam pemberian edukasi secara efektif (Thomas & Smith, 2003).

Komponen–komponen pokok yang menjadi perhatian perawat pada fase predialisis adalah :

- 1) Merupakan keinginan dan pilihan pasien sendiri (Yetti, 2007; 2008, rawatan gantian ginjal : peritoneal dialysis, ¶ 3, <http://www.myhealth>.

gov.my/myhealth/bm/dewasa_content.jsp?lang=dewasa&sub=0&bhs=may&storyid=1187252526116, diperoleh tanggal 12 September 2008). Pada fase ini seorang perawat sangat menghargai harkat dan martabat serta hak hidup pasien, karena pasien yang akan menjalani kehidupan dengan berbagai masalah yang berhubungan kesehatan dirinya. Jika pasien telah menentukan pilihan terapi pengganti ginjal, maka perawat memberikan dukungan dan penjelasan secara obyektif tentang terapi CAPD.

- 2) Terapi CAPD merupakan salah satu diantara tindakan dialisis diberikan secara *continue* 3 - 4 kali/hari sebanyak 2 – 3 liter cairan dialisat (Smeltzer & Bare, 2008), mengingat tindakan terapi CAPD memerlukan peran serta aktif dari pasien maka pengenalan dini dan memandirikan pasien untuk penggantian cairan dialisis segera diberikan.
- 3) Lakukan pengkajian perkiraan kebutuhan cairan dialisat, karena setiap pasien mempunyai kebutuhan yang berbeda beda.
- 4) Perawat memperhatikan kemungkinan terjadi penyulit yang harus dihindari sebelum pelaksanaan terapi CAPD

b. Rawat Inap

Tujuan rawat inap adalah untuk mempertahankan implantasi *Tenckhoff Catheter* dan inisiasi program CAPD sesuai dengan perencanaan medis (Yetti, 2007). Pada tahap ini pasien telah dilakukan pemasangan terapi CAPD dan saatnya pemberian edukasi (Tambunan, 2008). Edukasi terstruktur yang

diberikan meliputi; penjelasan tehnik aseptik, *exit site care insisional* dan perawatan kateter, identifikasi kebebasan untuk mengangkat, berolah raga dan mandi, ajarkan cara mengenal tanda/gejala infeksi dan pencegahan serta *emergency call* pada petugas CAPD, jelaskan cara mengatasi rasa sakit.

c. Sebelum dan Selama Pelatihan

Tujuan dari pelatihan ini adalah memperoleh hidup yang berkualitas (Yetti, 2007) serta kemampuan berpartisipasi aktif dari pasien atau keluarga dalam pengembangan rencana keperawatan (Tambunan, 2008). Sebelum memberikan pelatihan perawat harus mempertimbangkan kondisi pasien; kemampuan konsentrasi, kondisi fisik, tingkat motivasi, tingkat kemampuan dan pengembangan.

Program pendidikan yang diberikan antara lain menyampaikan informasi dasar tentang CAPD (anatomi fisiologi ginjal, proses penyakit, prosedur pertukaran, komplikasi yang mungkin terjadi, mengenal vital sign dan cara pemeriksaannya, perawatan kateter, *emergency call* bila dibutuhkan), menjelaskan terapi diet (mengkonsumsi makanan tinggi protein dan tinggi serat, membatasi asupan karbohidrat), menjelaskan kembali tentang pentingnya tindak lanjut untuk pencegahan infeksi, menyediakan waktu untuk pasien mengungkapkan perasaan.

d. Perawatan pasien di rumah

Tujuan perawatan pasien dirumah adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam mengelola terapi CAPD secara aman dan efektif. (Tambunan, 2008).

Dalam tahap ini perawat mengulang kembali segala informasi yang telah diberikan pada pasien. Perawat juga mempersiapkan kontak timbal balik dengan pasien dengan menggunakan media yang tersedia, membuat jadwal kunjungan rumah secara berkala.

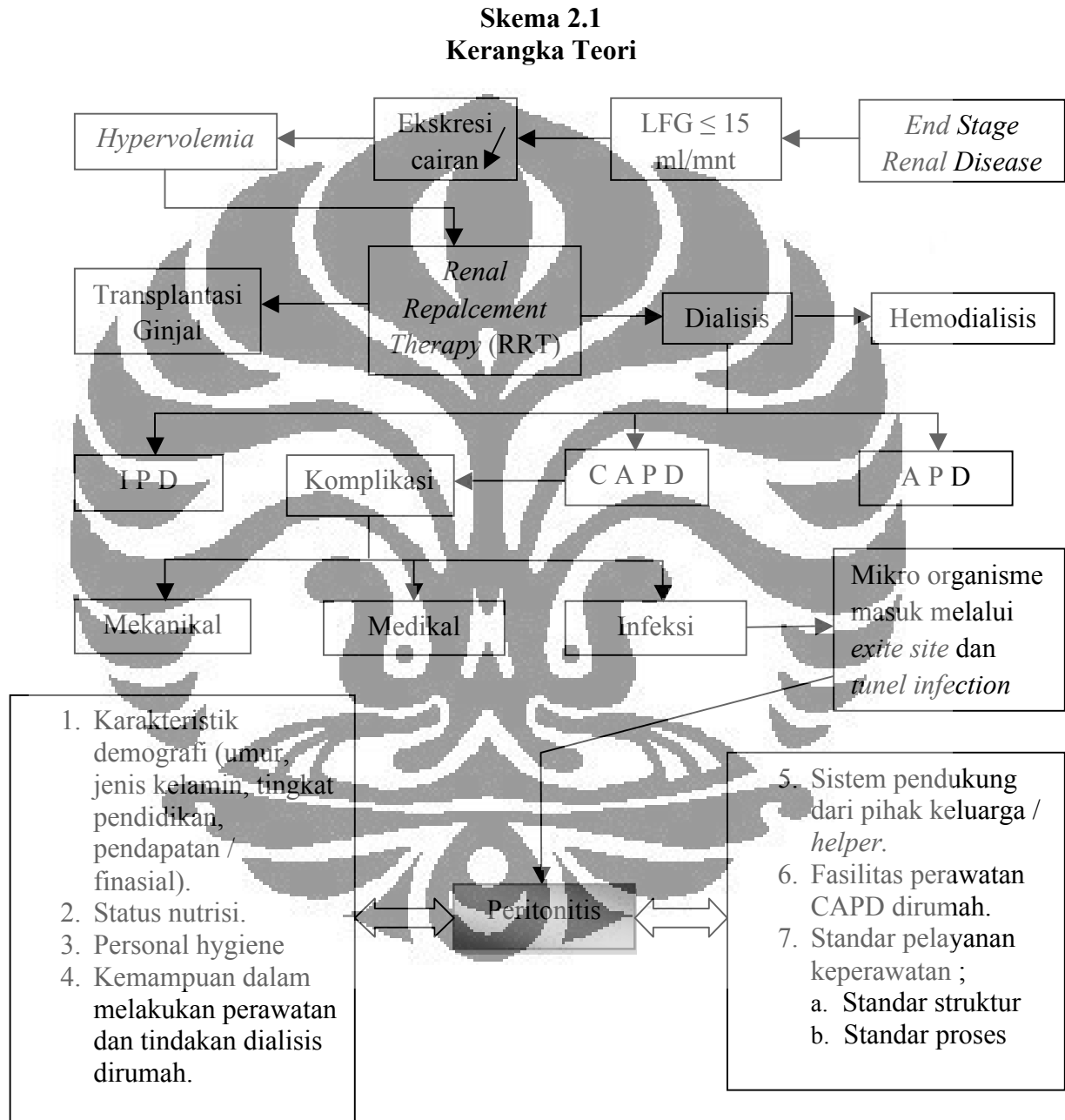
Fasilitas kelengkapan perawatan dirumah pasien CAPD harus cukup memadai dalam turut serta pencegahan infeksi, diantaranya adanya tempat cuci tangan dengan air mengalir, tersedianya kamar khusus untuk melakukan penggantian cairan dialisat dan perawatan *exit site*, lampu penerangan dalam kamar harus cukup untuk menerangi saat pasien melakukan penggantian cairan dialisat atau perawatan *exit site*.

3. Standar berdasarkan luaran/hasil

Standar ini didasarkan pada angka kejadian peritonitis yang masih berada dibawah standar yaitu 0.6 episode pasien/tahun (ada tidaknya peningkatan kejadian peritonitis). 0.6 episode pasien/tahun ($10/6 \times 12 \text{ bulan} = 20 \text{ bulan}$)

E. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian konsep teori diatas, maka kerangka konsep penelitian adalah sebagai berikut :



Sumber : Modifikasi (Black & Hawks, 2005; DeVore V.S., 2008; Smeltzer & Bare, 2008; Tambunan, 2008; Yetti, 2007; 2008), \longleftrightarrow : respon timbal balik.

Uraian kerangka teori :

Penyakit ginjal tahap akhir (*end stage renal disease*) adalah jenis penyakit ginjal yang tidak bisa disembuhkan yang salah satu tandanya adalah terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) < 15 ml/menit. Akibat dari penurunan laju filtrasi glomerulus terjadi penurunan fungsi ekskresi oleh ginjal sehingga cairan dalam tubuh terus meningkat (*hypervolemia*). Pada kondisi yang demikian harus dilakukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) dengan cara transplantasi ginjal atau dengan cara dialisis.

Cara dialisis ini bisa dilakukan dengan dua cara yaitu hemodialisis dan peritoneal dialisis, sedangkan cara peritoneal dialisis dapat dilakukan dengan tiga cara yaitu *intermittent peritoneal dialysis* (IPD), *automated peritoneal dialysis* (APD) dan *continuous ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD).

Tindakan CAPD dilakukan dengan insisi pada abdomen untuk pemasangan kateter pada peritoneum, tindakan insisi berisiko terjadi komplikasi diantaranya adalah mekanikal (komplikasi yang terkait akibat pemasangan kateter misal: nyeri), medikal (malnutrisi, fibrosis, *pleural effusion*) dan infeksi (terjadi peritonitis). Terjadinya komplikasi peritonitis pada umumnya akibat adanya mikro organisme yang masuk melalui *exite site* dan *tunnel infection* atau saat pembedahan.

Masuknya mikro organisme yang menyebabkan terjadinya peritonitis banyak faktor yang berkontribusi diantaranya adalah kondisi pasien sendiri dan standar kualitas pelayanan keperawatan (YANKEP).

BAB III
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS
DAN DEFINISI OPERASIONAL

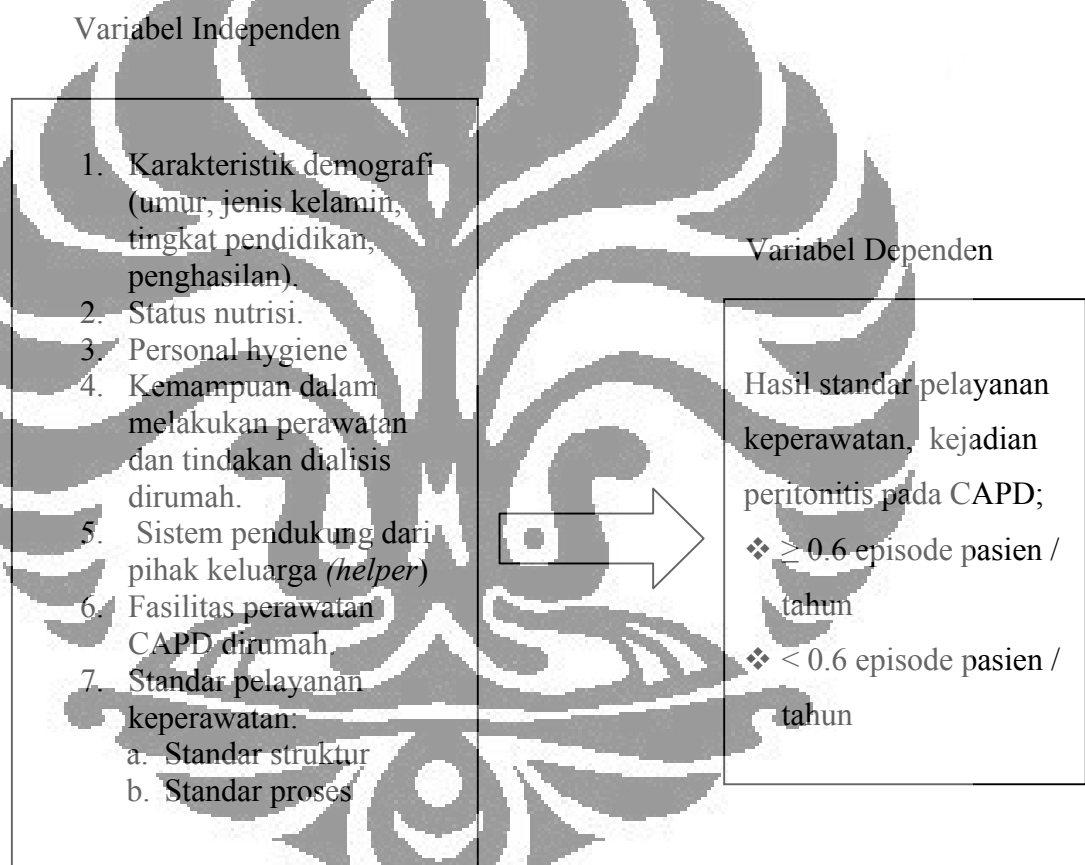
A. Kerangka Konsep Penelitian

CAPD adalah dialisis yang dilakukan melalui rongga peritoneum (rongga perut) dimana yang berfungsi sebagai filter adalah selaput/membran peritoneum (selaput rongga perut), sehingga CAPD sering disebut “cuci darah” melalui perut (Kalbe, 2007, *renal replacement therapy*, ¶ 1, <http://www.index.php?mn=product&tipe=3&cat=311kalbe.co.id/> , diperoleh tanggal 10 September 2008). Thomas (2003, dalam Yetti, 2007). Penyulit-penyulit pada CAPD antara lain; mekanikal, medikal dan infeksi (DeVore, CAPD and its complications, ¶ 13, <http://www.renal.org/guidelines/module3b.html>, diperoleh tanggal 17 September 2008). Penyulit infeksi mengakibatkan terjadi peritonitis mencapai 60 % - 80 % (Smeltzer & Bare, 2008).

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum lapisan membran serosa rongga abdomen dan meliputi vesera (Smeltzer & Bare, 2008), peritonitis ini terjadi juga dihubungkan dengan proses bedah abdominal dan dialisis peritoneal (Sudoyo, 2006).

Risiko terjadinya komplikasi peritonitis pada pasien CAPD dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya faktor pasien sendiri dan standar kualitas pelayanan keperawatan.

Skema 3.1.
Kerangka Konsep Penelitian



B. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep penelitian tersebut diatas maka hipotesis penelitian sebagai berikut :

Hipotesis Mayor

Ada hubungan faktor-faktor internal dan eksternal yang berkontribusi terhadap kejadian peritonitis pada pasien CAPD

Hipotesis Minor, ada hubungan;

1. Karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
2. Status nutrisi dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
3. Personal hygiene dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
4. Kemampuan dalam melakukan perawatan dan tindakan dialisis di rumah dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
5. Sistem pendukung dari pihak keluarga (*helper*) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
6. Fasilitas perawatan CAPD di rumah dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
7. Standar kualitas pelayanan keperawatan (YANKEP):
 - a. Standar struktur dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
 - b. Standar proses dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD

C. Defenisi Operasional

Definisi operasional masing-masing variabel adalah tercantum pada tabel 3.1

Tabel 3.1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	5
A. Independen				
1. Karakteristik demografi:	Lama hidup responden yang dihitung sejak lahir hingga ulang tahun terakhir	Kuesioner	Dalam tahun	Rasio
a. Umur				
b. Jenis Kelamin	Penggolongan responden yang terdiri dari laki-laki dan perempuan	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
c. Tingkat pendidikan	Latar belakang pendidikan formal responden berdasarkan ijazah terakhir	Kuesioner	1. SD 2. SLTP 3. SLTA 4. D III 5. S 1	Ordinal
d. Penghasilan (UMR)	Jumlah penghasilan/pendapatan keseluruhan responden dilihat per bulan	Wawancara	1. < UMR (Rp.802.000) 2. ≥ UMR (Rp.802.000)	Nominal
2. Status Nutrisi	Melakukan pengukuran berat badan (kg) dan tinggi badan (meter) untuk menentukan indeks masa tubuh (IMT) dan membandingkan standar normal dalam satuan kg/m^2 (<i>underweight</i> ≤ 18.5, normal 18.5 – 22.9, <i>overweight</i> > 23, berisiko 23 – 24.9, obese I 25 – 29.9, obese II ≥ 30)	Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan	1. < IMT 2. ≥ IMT	Nominal

1	2	3	4	5
3. Personal hygiene	Menilai kebiasaan klien dalam menjaga kebersihan diri meliputi; mandi, gosok gigi, potong kuku, ganti baju.	Kuesioner/ Wawancara	1. Kurang baik (< 0.4091) 2. Baik (≥ 0.4091) <i>cut of point mean</i>	Ordinal
4. Kemampuan pasien	Menilai kemampuan pasien saat melakukan perawatan CAPD di rumah sakit/dirumah sendiri, meliputi : cuci tangan, penggunaan masker, perawatan <i>exit site</i> , penggantian dialisat, deteksi dini kelainan	Kuesioner/ Wawancara	1. Kurang baik (< 0.3636) 2. Baik (≥ 0.3636) <i>cut of point mean</i>	Ordinal
5. Sistem Pendukung	Menilai dukungan keluarga dan atau (<i>helper</i>) yang membantu perawatan pasien CAPD	Kuesioner/ wawancara	1. Kurang baik (< 0.3636) 2. Baik (≥ 0.3636) <i>cut of point mean</i>	Ordinal
6. Fasilitas Perawatan dirumah	Menilai fasilitas perawatan pasien dirumah meliputi; ruang perawatan, tempat cuci tangan	Kuesioner/ wawancara	1. Kurang baik (< 0.5626) 2. Baik ($\geq .5626$) <i>Cut of point mean</i>	Ordinal

1	2	3	4	5
7. Standar kualitas pelayanan keperawatan (YANKEP)	Menilai standar pelayanan keperawatan berdasarkan struktur meliputi; ketenagaan perawat, metoda penugasan, pembagian kerja, hirarki – organisasi internal, ketrampilan kritis perawat	Kuesioner/ wawancara	1. Kurang baik (< 0.5626) 2. Baik ($\geq .5626$) <i>Cut of point mean</i>	Ordinal
	Menilai standar pelayanan keperawatan berdasarkan proses meliputi; pre dialisis, rawat inap, sebelum dan selama pelatihan, perawatan pasien dirumah	Observasi / kuesioner	1. Kurang baik (< 0.7565) 2. Baik (≥ 0.7565) <i>cut of point mean</i>	Ordinal
A. Dependen				
Hasil standar pelayanan keperawatan kejadian peritonitis pada CAPD	Menilai episode kejadian peritonitis tidak lebih dari 0.6 episode pasien / tahun	Wawancara, observasi, studi dokumentasi	1. Infeksi tinggi > 0.6 episode pasien / tahun 2. Infeksi rendah (≤ 0.6 pasien/tahun) <i>Cut of point mean</i>	Nominal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi dengan rancangan *Cross Sectional*, tujuannya untuk melakukan analisa terhadap variabel independen yaitu faktor-faktor dengan variabel dependen kejadian peritonitis pada pasien CAPD. Cara pengukuran atau pengambilan data *cross sectional study* dilakukan secara bersamaan, artinya kedua variabel diobservasi dalam waktu yang sama. Pengumpulan data dilakukan pada satu saat tertentu dan pengamatan subjek studi hanya dilakukan satu kali selama satu penelitian (Budiarso, 2004; Pratiknya, 2007; Pardede, 2008).

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :
 - a. Keseluruhan pasien dengan terapi CAPD yang berobat di ruang hemodialisis Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang, sejumlah 81 pasien

(22 pasien mengalami komplikasi peritonitis) hingga bulan September 2008.

- b. Keseluruhan perawat dialisis yang bekerja di ruang hemodialisis sejumlah 13 orang perawat.

2. Sampel adalah responden yang terpilih untuk mewakili populasi yaitu pasien CAPD yang telah teridentifikasi mengalami peritonitis dan perawat yang bekerja di ruang dialisis. Penentuan jumlah besaran sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan tehnik *total sampling*, yaitu keseluruhan sampel yang telah teridentifikasi sebanyak 22 responden pasien CAPD dengan komplikasi peritonitis dan 13 perawat yang bekerja di ruang dialisis.

Sampai pelaksanaan penelitian selesai jumlah sampel yang diharapkan dapat terpenuhi sesuai rencana yaitu 22 responden pasien CAPD dengan komplikasi peritonitis dan 13 perawat dialisis.

Untuk memenuhi karakteristik sampel yang sesuai harapan peneliti, maka kriteria inklusi sampel adalah sebagai berikut :

- a. Kriteria inklusi pasien terapi CAPD
 - 1) Pernah/sedang mengalami peritonitis
 - 2) Kesadaran pasien *composmentis*
 - 3) Pasien yang telah menjalani rawat jalan
 - 4) Bersedia menjadi responden

b. Kriteria inklusi Perawat

- 1) Perawat tetap yang bekerja di ruang dialisis
- 2) Tidak berstatus magang
- 3) Tidak sedang dalam status cuti kerja
- 4) Bersedia menjadi responden

C. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di unit rawat jalan ruang CAPD Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.

D. Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilakukan pada tanggal 30 Oktober sampai dengan tanggal 24 Nopember 2008.

E. Etika Penelitian

Pada saat melakukan penelitian risiko yang kemungkinan terjadi dapat dihindari yaitu responden tidak menolak dalam berpartisipasi, responden terhindar dari rasa cemas, takut dan malu karena penyakit yang diderita diketahui oleh orang lain, responden tidak merasa bersalah atas masalah kesehatan yang diderita.

Peneliti meminimalkan hal tersebut diatas dalam pelaksanaan penelitian dengan memperhatikan dan melindungi hak-hak subjek penelitian, penelitian ini tidak menimbulkan risiko munculnya masalah etik karena peneliti berpegang teguh dalam menerapkan prinsip etika penelitian yaitu :

1. Penelitian yang dilakukan peneliti terhadap subjek penelitian tidak membahayakan (*beneficence*) baik secara fisik maupun psikis, peneliti meminta subjek penelitian untuk mengisi kuesioner, pengisian kuesioner tidak mengalami hambatan dan tidak ada responden yang mengalami kelelahan.
2. Peneliti menerapkan prinsip *respect for human dignity*, sebelum memulai penelitian setiap subjek penelitian diberi penjelasan secara lengkap yang meliputi tujuan, prosedur, gambaran resiko dan ketidaknyamanan yang mungkin terjadi, serta keuntungan yang didapat. Dalam penelitian ini tidak menimbulkan risiko apapun, ketidaknyamanan karena kelelahan saat pengisian kuesioner dapat dihindari dan sudah peneliti antisipasi dengan memberikan penjelasan sejelas-jelasnya, tidak ada keuntungan secara langsung yang diperoleh oleh Responden (subjek penelitian). Kesediaan menjadi subjek penelitian telah dilakukan dengan di tanda tangani *informed consent*. Subjek penelitian berhak untuk menentukan sikap dalam berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini.
3. Subjek penelitian berhak mendapatkan perlakuan prinsip keadilan (*justice*) baik sebelum, selama, dan setelah berpartisipasi dalam penelitian. Semua data yang dikumpulkan selama penelitian disimpan dan dijaga kerahasiaannya, dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Identitas responden berupa nama diganti dengan inisial, alamat dan nomor telepon dicantumkan atas kesepakatan bersama

F. Alat Pengumpulan Data

Instrumen pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner berisi beberapa pertanyaan yang berhubungan dengan faktor–faktor yang berkontribusi terjadinya peritonitis pada pasien CAPD. Data primer diperoleh peneliti dengan melakukan observasi dan wawancara terhadap subjek dengan berpedoman pada kuesioner penelitian, wawancara dilakukan di unit rawat jalan ruang CAPD Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur, serta melakukan kunjungan di rumah pasien apabila ada data yang kurang lengkap.

Data yang dikumpulkan meliputi :

1. Standar Kualitas Pelayanan Keperawatan (YANKEP)

a. Standar pelayanan keperawatan berdasarkan struktur

Merupakan data primer yang dikembangkan peneliti berupa kuesioner tentang ketenagaan perawat meliputi; pengalaman masa kerja perawat dihitung dalam tahun, kepemilikan sertifikat pelatihan yang mendukung tugas sekarang *level basic/advanced*. Keberadaan perawat di tempat kerja sekarang apakah sesuai dengan keinginan perawat. Ketrampilan kritis perawat disesuaikan dengan sertifikat pelatihan yang dimiliki, sertifikat *basic* dengan ketrampilan kritis; mengganti cairan, mengenal peritonitis pada pasien CAPD sedangkan sertifikat *advanced* dengan ketrampilan kritis edukasi–*training* pasien, ganti transfer set, melakukan *peritoneal equilibrium test* (PET), melakukan terapi peritonitis, melakukan follow up dengan kunjungan rumah atau telepon (Yetti, 2008).

Pengumpulan data dilakukan melalui pengisian kuesioner dengan memberikan jawaban 0 = tidak, 1 = ya terhadap 17 pertanyaan

b. Standar pelayanan keperawatan berdasarkan proses.

Merupakan data primer berasal dari kuesioner yang telah dikembangkan peneliti sendiri meliputi; pre dialisis, rawat inap, sebelum dan selama pelatihan, pasien dirumah (Yetti, 2008). Standar proses merupakan serangkaian kegiatan yang dikerjakan seorang perawat dialisis terhadap pasien yang akan, selama dan setelah tindakan terapi CAPD. Pengumpulan data dilakukan melalui pengisian kuesioner dengan memberikan jawaban 0 = tidak, 1 = ya terhadap 18 pertanyaan secara berurutan.

c. Karakteristik demografi responden pasien CAPD

Data primer ini dikembangkan oleh peneliti berisi tentang; umur, jenis kelamin, pendidikan dan total penghasilan. Umur diisi dengan menuliskan angka dalam tahun, jenis kelamin dengan memberi tanda skrip yang tidak diperlukan. Untuk pendidikan dan total penghasilan diisi dengan memberi tanda (√) pada kolom pilihan yang sesuai kondisi responden pada saat wawancara.

Pengukuran status nutrisi dengan cara menimbang berat badan (kg) dan tinggi badan (meter), hasil timbang berat badan kemudian dibagi hasil pengukuran tinggi badan dikuadratkan dan hasilnya dibandingkan dengan standar baku dalam satuan kg/m^2 (*underweight* ≤ 18.5 , normal $18.5 - 22.9$, *overweight* > 23 , berisiko $23 - 24.9$, obese I $25 - 29.9$, obese II ≥ 30). (IOTF WHO, 2000). Pengukuran berpedoman pada standar normal, hasil dari pengukuran dibedakan atas $< \text{IMT}$ atau $\geq \text{IMT}$

Pengumpulan data personal hygiene dilakukan dengan wawancara tentang kebiasaan mandi, gosok gigi, pemeliharaan kuku dan kebiasaan ganti baju dengan memberi tanda (\checkmark) pada kolom yang tersedia. Penilaian dilakukan terhadap jawaban responden, jawaban 0 = tidak, 1 = ya terhadap 4 pertanyaan secara berurutan

Data kemampuan pasien dalam perawatan CAPD dirumah diperoleh dengan melakukan wawancara tentang kebiasaan cuci tangan sebelum dan setelah perawatan, kebiasaan memakai masker, perawatan *exit site*, upaya menghangatkan cairan dialisat, mengenal tanda-tanda infeksi dan upaya menghubungi perawat atau dokter dengan memberi tanda (\checkmark) pada kolom yang tersedia. Penilaian dilakukan terhadap jawaban responden, jawaban 0 = ya dan 1 = tidak untuk pertanyaan negatif yaitu pada pertanyaan nomor

3 dan 5, sedangkan untuk pertanyaan positif 0 = tidak, 1 = ya terhadap pertanyaan nomor 1, 2, 4, 6 - 10 secara berurutan

Sistem pendukung pasien CAPD dinilai untuk melihat kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas perawatan CAPD, apakah pasien lebih banyak bergantung pada keluarga (*helper*) atau sebaliknya. Dalam hal ini pasien diharapkan untuk lebih banyak mandiri sesuai dengan latihan yang sudah diberikan. Penilaian dilakukan terhadap jawaban responden, jawaban 0 = tidak, 1 = ya terhadap 3 pertanyaan secara berurutan.

Fasilitas perawatan CAPD di rumah merupakan prasarana yang harus disiapkan secara khusus oleh pasien/keluarga, hal ini digunakan untuk tempat melakukan penggantian dialisat dan perawatan *exit site* (Tambunan, 2008). Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terhadap ada tidaknya ruangan khusus dan tempat cuci tangan. Penilaian dilakukan terhadap jawaban responden, jawaban 0 = tidak, 1 = ya terhadap 2 pertanyaan secara berurutan

Instrumen penelitian yang digunakan telah dilakukan uji coba yang bertujuan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas. Validitas diukur dengan menggunakan korelasi *Pearson Product Moment* dan reliabilitas diukur dengan *One Shot* yaitu pengukuran yang dilakukan satu kali dan hasilnya dibandingkan dengan

pertanyaan lain. Cara ini diukur dengan menggunakan tehnik *Alpha Cronbach*. (Sugiyono, 2005). Uji validitas dinyatakan valid jika r hasil $>$ r tabel, uji reliabilitas dinyatakan reliabel jika r Alpha $>$ r tabel.

Uji coba dilakukan terhadap 10 responden di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang, dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.1
Hasil Uji Coba

Variabel	Jumlah Pertanyaan	Validitas
Personal hygiene	4	0.648 – 0.681
Kemampuan pasien CAPD	10	0.668 – 0.857
Suport Sistem	3	0.0635 – 0.642
Fasilitas perawatan	2	0.814 – 0.819
Standar struktur	17	0.805 – 0.933
Standar proses	18	0.805 – 0.933

Dari hasil uji statistiktik diketahui nilai alpha 0.942 sedangkan nila r tabel = 0.632; ($df = 8$), sehingga dapat diketahui bahwa pada uji validitas r hasil $>$ r tabel dan uji reliabilitas nilai alpha 0.942 $>$ r tabel 0.632 maka disimpulkan instrumen tersebut valid dan reliabel untuk dijadikan studi.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini meliputi data primer dan sekunder, data sekunder diperoleh melalui catatan rekam medik sedangkan data primer diperoleh dari

hasil wawancara langsung dengan subjek (perawat dialisis) di bagian dialisis dan wawancara dengan pasien CAPD yang pernah mengalami komplikasi peritonitis yang berobat jalan di ruang Hemodialisis Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang pada bulan Oktober sampai dengan Nopember 2008.

Pelaksanaan pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan peneliti bantu yang terlebih dahulu diberikan bimbingan dan latihan untuk menyamakan persepsi yang diharapkan peneliti meliputi; cara memberikan penjelasan pada calon subjek penelitian, cara pengisian *informed consent*, cara melakukan wawancara untuk pengisian kuesioner.

Adapun langkah langkah dalam pengumpulan data dalam penelitian ini adalah:

1. Prosedur Administrasi :

- a. Sebelum melakukan penelitian, peneliti melalui Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia mengajukan permohonan penelitian kepada Direktur Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.
- b. Setelah mendapatkan surat ijin penelitian dari direktur Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur, peneliti melakukan koordinasi dengan unit terkait yaitu, bidang DIKLIT, Ka. IRNA I, Ka. UPF IRNA I, Ketua SMF IPD dan ruang CAPD.

2. Prosedur Tehnik

- a. Meminta ijin kepada penanggung jawab ruangan dan mensosialisasikan maksud dan tujuan penelitian kepada tim yang merawat pasien.
- b. Menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi sesuai dengan teknik pengambilan sampel.
- c. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian terlebih dahulu kepada subjek dan meminta dengan sukarela untuk menandatangani lembar *informed consent*.
- d. Wawancara terhadap subjek penelitian dilakukan selama 15 menit dan atau selama pasien melakukan proses perawatan CAPD di rumah sakit, peneliti tetap memperhatikan kondisi subjek dan etika wawancara.
- e. Mengumpulkan hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisa.

H. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan data

Data yang sudah terkumpul dilakukan proses pengolahan data dengan langkah– langkah sebagai berikut:

- a. Melakukan pemeriksaan atau koreksi data yang telah dikumpulkan meliputi kelengkapan, kesesuaian, kejelasan, dan konsistensi jawaban (*editing*).

- b. Memberi kode pada setiap komponen variabel, hal ini dilakukan untuk mempermudah proses tabulasi dan analisis data (*coding*).
- c. Setelah seluruh kuesioner terisi dan diberi kode, dilakukan proses data (*processing*) agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Proses data dilakukan dengan cara *entry* data dari kuesioner ke komputer.
- d. *Entry* data yang sudah dilakukan kedalam program komputer diperiksa kembali apakah ada kesalahan atau tidak sebelum dilakukan analisis (*cleaning*).

2. Analisis data

Data yang sudah dilakukan proses pengolahan dianalisis dengan menggunakan komputer, meliputi :

a. Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk mendeskripsikan distribusi dari masing-masing variabel yang diteliti. Variabel yang dideskripsikan adalah karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan), status nutrisi, personal hygiene, kemampuan perawatan dialisis, sistem pendukung, fasilitas perawatan CAPD dirumah dan standar kualitas pelayanan perawatan (struktur, proses). Data numerik disajikan dalam bentuk mean, median, standart deviasi, 95% CI yaitu pada variabel umur sedangkan data kategorik disajikan dalam bentuk proporsi/persentase yang meliputi variabel jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan,

status nutrisi, personal hygiene, kemampuan perawatan dialisis, sistem pendukung, fasilitas perawatan CAPD dirumah dan standar kualitas pelayanan perawatan (struktur, proses).

b. Analisa Bivariat

Analisis Bivariat dilakukan untuk menguji/mengetahui hubungan yang signifikan antara variabel independen faktor-faktor yang berkontribusi dengan variabel dependen kejadian peritonitis pada pasien CAPD. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Tabel 4.2
Analisa Bivariat

Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
Standar pelayanan keperawatan berdasarkan struktur	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	<i>Chi Square</i>
Standar pelayanan keperawatan berdasarkan proses	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	<i>Chi Square</i>
Sistem pendukung dari pihak keluarga (<i>helper</i>)	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	<i>Chi Square</i>
Fasilitas perawatan CAPD di rumah	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	<i>Chi Square</i>
Umur	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	T Independen
Jenis kelamin	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	<i>Chi Square</i>
Tingkat pendidikan	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	<i>Chi Square</i>
Penghasilan (UMR)	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	<i>Chi Square</i>
Status nutrisi	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	<i>Chi Square</i>
Personal hygiene	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	<i>Chi Square</i>
Kemampuan dalam perawatan dan tindakan dialisis di rumah	Kejadian peritonitis pada pasien CAPD	<i>Chi Square</i>

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab V menguraikan hasil penelitian tentang faktor-faktor yang berkontribusi terjadinya peritonitis pada pasien *Continouse Ambulatory Peritenal Dialysis* (CAPD) di ruang CAPD Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan di berikan intepretasi pada masing-masing variabel dengan menggunakan analisis univariat, bivariat.

A. Hasil Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dari seluruh variabel yang meliputi karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan), status nutrisi, personal hygiene, kemampuan pasien dalam perawatan dialisis dirumah, sistem pendukung, fasilitas perawatan CAPD dirumah standar kualitas pelayanan keperawatan (struktur, proses)

1. Karakteristik Demografi

a. Karakteristik demografi responden berdasarkan Umur

Tabel 5.1
Distribusi Umur Responden di ruang CAPD Rumah Sakit Umum
Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
Bulan Oktober-November 2008
(N=22)

Variabel	<i>Mean</i>	<i>Median</i>	SD	Min Maks	N	95% CI
Umur	44.32	47.00	12.392	23 66	22	38.82 – 49.81

Hasil analisis umur (tabel 5.1) menunjukkan rata-rata umur responden yang mengalami kejadian komplikasi peritonitis adalah umur 44.32 tahun, umur termuda 23 tahun dan tertua 66 tahun. Dari hasil perhitungan estimasi interval disimpulkan bahwa diyakini 95% rata-rata umur responden antara 38.82 – 49.81 tahun.

- b. Karakteristik demografi responden (jenis Kelamin, tingkat pendidikan dan penghasilan)

Tabel 5.2
Distribusi Jenis kelamin, tingkat pendidikan, UMR
Responden di ruang CAPD Rumah Sakit Umum
Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
Bulan Oktober-Nopember 2008
(N=22)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Jenis Kelamin		
Laki-laki	12	54.5
Perempuan	10	45.5
	22	100
Tingkat Pendidikan		
SD	6	27.3
SLTP	3	13.6
SLTA	7	31.8
D III	2	9.1
S 1	4	18.2
	22	100
Penghasilan (UMR)		
< UMR	13	59.1
≥ UMR	9	40.9
	22	100

Hasil analisis didapatkan sebagian besar responden adalah laki-laki (54,5%), pendidikan SLTA (31,8%) dan penghasilan kurang dari UMR (59,1%)

2. Status Nutrisi

Tabel 5.3
 Distribusi Status Nutrisi (IMT) Responden di ruang CAPD
 Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Bulan Oktober-November 2008
 (N=22)

Status Nutrisi	Frekuensi	Persentase
< IMT	10	45.5
≥ IMT	12	54.5
Jumlah	22	100

Hasil analisis didapatkan status nutrisi (IMT) pada responden adalah ≥ IMT 54.5%

3. *Personal Hygiene*

Tabel 5.4
Distribusi *Personal Hygiene* Responden di ruang CAPD
Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
Bulan Oktober-November 2008
(N=22)

<i>Personal Hygiene</i>	Frekuensi	Persentase
Kurang Baik	13	59.1
Baik	9	40.9
Jumlah	22	100

Hasil analisis *personal hygiene* (tabel 5.4) diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki *personal hygiene* kurang baik (59.1%).

4. Kemampuan Perawatan Dialisis

Tabel 5.5
 Distribusi kemampuan perawatan dialisis Responden di ruang CAPD
 Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Bulan Oktober-November 2008
 (N=22)

Kemampuan Pasien	Frekuensi	Persentase
Kurang Baik	14	63.6
Baik	8	36.4
Jumlah	22	100

Hasil analisis kemampuan perawatan dialisis (tabel 5.5) didapatkan bahwa sebagian besar perawatan dialisis kurang baik (63.6%).

5. Sistem Pendukung

Tabel 5.6
 Distribusi sistem pendukung Responden Pasien CAPD
 Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Bulan Oktober-November 2008
 (N=22)

Sistem Pendukung	Frekuensi	Persentase
Kurang Baik	11	50
Baik	11	50
Jumlah	22	100

Hasil analisis sistem pendukung didapatkan sama antara sistem pendukung kurang baik dan baik yaitu (50%).

6. Fasilitas Perawatan CAPD

Tabel 5.7
 Distribusi Fasilitas perawatan Responden Pasien CAPD
 Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Bulan Oktober-November 2008
 (N=22)

Fasilitas Perawatan	Frekuensi	Persentase
Kurang Baik	11	50
Baik	11	50
Jumlah	22	100

Hasil analisis fasilitas perawatan (tabel 5.7) didapatkan sama antara yang fasilitas perawatan kurang baik dan baik yaitu (50%).

7. Standar Kualitas Pelayanan Keperawatan (YANKEP)

Tabel 5.8
 Distribusi Standar Kualitas YANKEP di ruang Dialisis
 Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Bulan Oktober - Nopember 2008
 (N=13)

Standar Kualiatas YANKEP	Frekuensi	Persentase	
Standar Struktur	Kurang baik	6	46.2
	Baik	7	53.8
		13	100
Standar Proses	Kurang baik	2	15.4
	Baik	11	84.6
		13	100

Hasil analisis standar kualitas pelayanan keperawatan (tabel 5.8) didapatkan sebagian besar standar kualitas pelayanan keperawatan adalah baik yaitu untuk standar struktur baik (53,8%) dan standar proses baik (84,6%).

8. Kejadian Peritonitis pada CAPD

Tabel 5.9
Distribusi Episode Infeksi pasien per tahun di ruang CAPD
Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
Bulan Oktober - Nopember 2008
(N=22)

Kejadian Peritonitis	Frekuensi	Persentase
Infeksi tinggi	11	50
Infeksi rendah	11	50
Jumlah	22	100

Hasil analisis Episode infeksi pasien per tahun (tabel 5.9) didapatkan sama antara kejadian peritonitis infeksi tinggi dan rendah yaitu (50%).

B. Hasil Analisis Bivariat

Analisis ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen yang meliputi karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan), status nutrisi, personal hygiene, kemampuan pasien dalam perawatan dialisis dirumah, standar pelayanan keperawatan (struktur, proses), sistem pendukung dan fasilitas perawatan CAPD dirumah dengan variabel dependen yaitu kejadian peritonitis pada pasien CAPD

1. Karakteristik Demografi

a. Umur

Tabel 5.10
 Hubungan antara umur dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
 di ruang CAPD RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Bulan Oktober – Nopemeber 2008
 (N=22)

Variabel	Mean	SD	P value	N
Umur	44.32	12.392	0.702	22

Hasil analisis antara umur dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD (tabel 5.10) diketahui bahwa rata-rata umur responden yang mengalami kejadian peritonitis adalah umur 44.32 tahun (SD 12.392). Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0.702$, maka disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

b. Jenis Kelamin

Tabel 5.11
 Hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
 di ruang CAPD RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Bulan Oktober – Nopember 2008
 (N=22)

Jenis Kelamin	Kejadian Peritonitis				Total		OR 95% CI	p value
	Tinggi		Rendah		n	%		
	n	%	n	%				
Laki-laki	5	41.7	7	58.3	12	100	0.476 0.086 - 2.628	0.669
Perempuan	6	60	4	40	10	100		
Jumlah	11	50	11	50	22	100		

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD (tabel 5.11) diperoleh hasil bahwa responden perempuan mempunyai kejadian peritonitis lebih tinggi dibanding dengan responden laki-laki, artinya perempuan berpotensi mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.669$ maka disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

c. Tingkat Pendidikan

Tabel 5.12
 Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD di ruang CAPD RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur Bulan Oktober – Nopember 2008 (N=22)

Tingkat Pendidikan	Kejadian Peritonitis				Total		OR 95% CI	p value
	Tinggi		Rendah		n	%		
	n	%	n	%				
SD	4	66.7	2	33.3	6	100	0	0.771
SLTP	1	33.3	2	66.7	3	100	4	
SLTA	4	57.7	3	42.9	7	100	1.5	
D III	0	0	2	100	2	100	4	
S 1	2	50	2	50	4	100	4	
Jumlah	11	50	11	50	22	100	0.264 – 2.628	

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD (tabel 5.12) diperoleh hasil bahwa pendidikan SD dan SLTA berpotensi mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan pendidikan SLTP, D III dan S1. Pendidikan SLTP, D III dan S1 mempunyai peluang 4 kali mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan SD dan SLTA. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.771$ maka disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

d. Penghasilan

Tabel 5.13
 Hubungan Penghasilan (UMR) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
 di ruang CAPD RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Oktober – Nopember 2008
 (N=22)

Penghasilan	Kejadian Peritonitis				Total		OR 95% CI	p value
	Tinggi		Rendah					
	n	%	n	%	n	%		
< UMR	6	46.2	7	53.8	13	100	0.686 0.124 – 3.784	1,000
≥ UMR	5	55.6	4	44.4	9	100		
Jumlah	11	50	11	50	22	100		

Hasil analisis hubungan antara penghasilan (UMR) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD (tabel 5.13) adalah (55,6%) penghasilan \geq UMR mempunyai kejadian peritonitis lebih tinggi dibanding dengan responden yang memiliki penghasilan $<$ UMR. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$ maka disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara penghasilan (UMR) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

2. Status Nutrisi

Tabel 5.14
 Hubungan Status Nutrisi (IMT) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
 di ruang CAPD RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Bulan Oktober – Nopember 2008
 (N=22)

Status Nutrisi	Kejadian Peritonitis				Total		OR 95% CI	p value
	Tinggi		Rendah		n	%		
	n	%	n	%				
< IMT	8	80	2	20	10	100	12	0.032
≥ IMT	3	25	9	75	12	100	1.581 – 91.084	
Jumlah	11	50	11	50	22	100		

Hasil analisis hubungan antara status nutrisi (IMT) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD (tabel 5.14) adalah (80%) dengan status nutrisi < IMT mempunyai kejadian peritonitis lebih tinggi dibanding dengan status nutrisi ≥ IMT, artinya status nutrisi < IMT berpotensi mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan status nutrisi ≥ IMT.

Status nutrisi < IMT mempunyai peluang 12 kali mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan status nutrisi ≥ IMT. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.032$ maka disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara status nutrisi (IMT) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

3. Personal Hygiene

Tabel 5.15
 Hubungan *Personal Hygiene* dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
 Di ruang CAPD RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Bulan Oktober – Nopember 2008
 (N=22)

<i>Personal Hygiene</i>	Kejadian Peritonitis				Total		OR 95% CI	p value
	Tinggi		Rendah					
	n	%	n	%	n	%		
Kurang baik	8	61.5	5	38.5	13	100	3.200	0.387
Baik	3	33.3	6	66.7	9	100	0.540 – 18.980	
Jumlah	11	50	11	50	22	100		

Hasil analisis hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD (tabel 5.15) didapatkan (61.5%) dengan *personal hygiene* kurang baik mempunyai kejadian peritonitis lebih tinggi dibanding dengan responden *personal hygiene* baik, artinya *personal hygiene* kurang baik berpotensi mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan *personal hygiene* baik. *Personal hygiene* kurang baik mempunyai peluang 3,2 kali mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan *personal hygiene* baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.387$ maka disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara *personal hygiene* dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

4. Kemampuan Perawatan dialisis dirumah

Tabel 5.16
 Hubungan Kemampuan Perawatan dialisis dirumah dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD di ruang CAPD
 RSUD Dr. Saiful Anwar Jawa Timur
 Bulan Oktober – Nopember 2008
 (N=22)

Kemampuan Pasien	Kejadian Peritonitis				Total		OR	p value
	Tinggi		Rendah					
	n	%	n	%	n	%	95% CI	
Kurang baik	10	71.4	4	28.6	14	100	17.500	0.024
Baik	1	12.5	7	87.5	8	100	1.596 – 191.892	
Jumlah	11	50	11	50	22	100		

Hasil analisis hubungan antara kemampuan perawatan dialisis dirumah dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD (tabel 5.16) didapatkan (71.4%) dengan kemampuan perawatan dialisis dirumah kurang baik mempunyai kejadian peritonitis lebih tinggi dibanding dengan kemampuan perawatan dialisis baik, artinya kemampuan perawatan dialisis kurang baik berpotensi mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan kemampuan perawatan dialisis baik. Kemampuan perawatan dialisis kurang baik mempunyai peluang 17,5 kali mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan kemampuan perawatan dialisis baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.024$ maka disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara kemampuan perawatan dialisis dirumah dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

5. Sistem Pendukung

Tabel 5.17
 Hubungan Sistem Pendukung dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD
 di ruang CAPD RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Bulan Oktober – November 2008
 (N=22)

Sistem Pendukung	Kejadian Peritonitis				Total		OR 95% CI	p value
	Tinggi		Rendah		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang baik	5	45.5	6	54.5	11	100	0.694 0.130 – 3.732	1,000
Baik	6	54.5	5	45.5	11	100		
Jumlah	11	50	11	50	22	100		

Hasil analisis hubungan antara sistem pendukung dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD (tabel 5.17) didapatkan (54.5%) sistem pendukung baik mengalami kejadian peritonitis tinggi dibanding dengan sistem pendukung kurang baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$ maka disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara sistem pendukung dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

6. Fasilitas Perawatan CAPD dirumah

Tabel 5.18

Hubungan Fasilitas Perawatan dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD di ruang CAPD RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur Bulan Oktober – Nopember 2008 (N=22)

Fasilitas Perawatan	Kejadian Peritonitis				Total		OR 95% CI	p value
	Tinggi		Rendah		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang baik	8	72.7	3	27.3	11	100	7.111	0.088
Baik	3	27.3	8	72.7	11	100	1.089 – 46.441	
Jumlah	11	50	11	50	22	100		

Hasil analisis hubungan antara fasilitas perawatan CAPD dirumah dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD (tabel 5.18) didapatkan (72.7%) dengan fasilitas perawatan CAPD di rumah kurang baik mempunyai kejadian peritonitis lebih tinggi dibanding dengan responden yang memiliki fasilitas perawatan baik, artinya fasilitas perawatan kurang baik berpotensi mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan fasilitas perawatan baik. Fasilitas perawatan kurang baik mempunyai peluang 7,1 kali mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan fasilitas perawatan baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.088$ maka disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara fasilitas perawatan CAPD dirumah dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

7. Standar Kualitas Pelayanan Keperawatan (YANKEP)

Tabel 5.19
 Hubungan Standar Kualitas YANKEP dengan kejadian peritonitis pada pasien
 CAPD di ruang CAPD RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur
 Oktober – Nopember 2008
 (N=13)

Standar Kualitas YANKEP	Kejadian Peritonitis				Total		OR 95% CI	p value
	Tinggi		Rendah		n	%		
	n	%	n	%				
Standar Struktur								
Kurang baik	2	50	2	50	4	100	8.00	0.203
Baik	1	11.1	8	88.9	9	100	0.459 – 36.442	
Jumlah	3	50	10	50	13	100		
Standar Proses								
Kurang baik	2	33.3	4	66.7	6	100	3.00	0.559
Baik	1	14.3	6	85.7	7	100	0.119 – 45.244	
Jumlah	3	50	10	50	13	100		

Hasil analisis hubungan antara standar pelayanan keperawatan dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD (tabel 5.19), pada standar struktur diketahui bahwa 50% dengan standar struktur kurang baik mempunyai kejadian peritonitis lebih tinggi dibanding dengan responden yang memiliki standar struktur baik, artinya standar struktur kurang baik berpotensi menunjang kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan standar struktur baik. Standar struktur kurang baik mempunyai peluang 8 kali menunjang kejadian peritonitis

tinggi dibandingkan dengan standar struktur baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.203$ maka disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara standar kualitas pelayanan keperawatan (standar struktur) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

Pada standar proses diketahui bahwa 33.3.% dengan standar proses kurang baik mempunyai kejadian peritonitis lebih tinggi dibanding dengan responden yang memiliki standar proses baik, artinya standar proses kurang baik berpotensi mengalami menunjang peritonitis tinggi dibandingkan dengan standar proses baik. Standar proses kurang baik mempunyai peluang 3 kali menunjang kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan standar proses baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.559$ maka disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara standar kualitas pelayanan keperawatan (standar proses) dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab VI membahas hasil penelitian tentang faktor-faktor yang berkontribusi terjadinya peritonitis pada pasien CAPD yang meliputi tentang interpretasi dan diskusi hasil penelitian yang dikaitkan dengan konsep teori yang ada. Pada bab ini pula peneliti menjelaskan tentang implikasi hasil penelitian terhadap keperawatan.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

1. Karakteristik demografi responden

a. Karakteristik umur

Karakteristik umur responden rata-rata yang mengalami kejadian peritonitis adalah 44.32 tahun dengan rentang umur responden termuda 23 tahun dan tertua 66 tahun. Dari hasil uji statistik diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan nilai p value = 0.702. Meningkatnya umur seseorang yang semakin tua memberikan dampak pada menurunnya fungsi sistem dalam tubuh sehingga pertahanan tubuh terhadap suatu penyakit juga menurun.

Peningkatan umur erat kaitannya dengan prognosa suatu penyakit dan harapan hidup, mereka yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal lebih besar dibandingkan yang berusia dibawah 40 tahun (Fefendi, 2008). Peneliti belum menemukan penelitian yang terkait umur dengan kejadian peritonitis pada CAPD.

Rata-rata umur responden 44.32 tahun merupakan awal usia dewasa menengah secara fisiologi mulai terjadi penurunan fungsi sistem tubuh, daya tahan tubuh tidak lagi sekuat ketika masih muda. Maka pada usia dewasa menengah perlu mempertimbangkan untuk tidak mengerjakan sesuatu yang berat yang biasa dikerjakan ketika masih muda.

b. Karakteristik jenis kelamin

Hasil analisis karakteristik jenis kelamin diketahui sebagian besar responden yang mengalami peritonitis adalah laki-laki (54.5%), tetapi perempuan mempunyai kejadian peritonitis lebih tinggi dibanding laki-laki. Uji statistik diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan nilai $p=0.669$. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gan, et al. (2003) didapatkan bahwa dari 34 responden 20 diantaranya adalah jenis kelamin laki-laki, namun belum menjelaskan alasan mengapa laki-laki lebih banyak. Kecenderungan laki-laki kurang perhatian terhadap perawatan diri dibanding perempuan, sedangkan

perempuan lebih banyak memperhatikan diri secara total termasuk dalam perawatan dialisis yang harus dilakukan pada dirinya setiap hari.

Laki-laki sebaiknya tetap memperhatikan sesuatu yang harus dilakukan terhadap dirinya misalnya tetap melakukan perawatan dialisis secara benar sehingga terhindar dari penyakit tambahan. Perawat CAPD hendaknya memberikan perhatian ekstra pada pasien CAPD laki-laki dalam hal perawatan dialisis dirumah maupun saat kontrol di rumah sakit

c. Karakteristik tingkat pendidikan

Hasil analisis karakteristik tingkat pendidikan diketahui jumlah responden terbanyak adalah pendidikan SD 6 orang (27.3%) dan pendidikan SLTA 7 orang (31.8%). Uji statistik diketahui tidak ada hubungan yang bermakna dengan nilai $p=0.771$. Peneliti belum menemukan hasil penelitian yang menjelaskan tentang hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD, namun secara substansial dan dari hasil penelitian ini pendidikan SD dan SLTA memiliki kejadian peritonitis lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang berpendidikan SLTP, D III dan S1.

Tingkat pendidikan pasien CAPD ada hubungan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi, karena kemampuan peyerapan pengetahuan pasien saat mendapatkan edukasi dalam bentuk pelatihan dipengaruhi tingkat pendidikan yang dimiliki. Tingkat pendidikan turut berkontribusi dalam penyerapan

keberhasilan pelatihan yang diberikan pada pasien termasuk kemampuan baca tulis (Tambunan, 2008).

Upaya untuk menghindari terulangnya komplikasi peritonitis dapat dilakukan dengan cara peningkatan pengetahuan melalui pendidikan kesehatan secara periodik dan evaluasi kemampuan kognitif. Untuk pasien CAPD yang berpendidikan SD dan SLTA hendaknya perawat CAPD lebih menekankan tindakan yang bersifat aplikatif yaitu lebih banyak mendemonstrasikan cara perawatan dialisis di rumah dengan baik dan benar.

d. Karakteristik penghasilan (UMR)

Hasil analisis karakteristik penghasilan (UMR) diketahui jumlah responden terbanyak adalah dibawah UMR 13 orang (59.1%). Uji statistik diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan nilai $p=1,000$. Masalah ini bisa terjadi dimungkinkan karena 95% responden memanfaatkan fasilitas Askeskin/Askes dalam pembiayaan pengobatan, tetapi secara substansi dan hasil dari penelitian ini ada keceratan dimana responden dengan penghasilan dibawah UMR mempunyai kejadian peritonitis tinggi lebih besar dibanding dengan penghasilan diatas UMR.

Kemampuan pasien dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan tergantung dari kemampuan ekonomi yang dimiliki, penghasilan yang rendah berdampak

pada kemampuan untuk pengobatan terlebih jika harus dilakukan secara terus menerus. Beberapa penyakit kronis (gagal ginjal kronik) memerlukan biaya yang besar untuk biaya perawatan dan pengobatan apabila harus dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal (Fefendi, 2008). Meskipun pembiayaan pengobatan sebagian besar memanfaatkan fasilitas Askeskin/Askes, pasien tetap mengeluarkan biaya tambahan yaitu biaya transportasi yang secara rutin tiap bulan harus kontrol sedangkan tempat tinggal pasien sebagian besar berada di luar wilayah kota/kabupaten Malang.

2. Status nutrisi (IMT)

Hasil analisis status nutrisi diketahui bahwa berdasarkan penilaian IMT responden terdapat 8 orang (80%) dengan IMT kurang dari normal mengalami kejadian peritonitis tinggi. Uji statistik ada hubungan yang signifikan dengan nilai $p=0.032$. Status nutrisi kurang dari nilai normal IMT mempunyai peluang 12 kali mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan status nutrisi lebih dari IMT. Hasil penelitian Sirivongs D. et al. (2006) menunjukkan terjadi penurunan nilai normal IMT dan serum albumin. Peritonitis berdampak pada kehilangan protein melalui peritonium dalam jumlah besar sehingga mengakibatkan malnutrisi (Smeltzer & Bare, 2008), pengeluaran protein berlebihan dimungkinkan saat pengeluaran cairan dialisis dan penurunan nilai normal IMT (Hudak & Gallo, 1996).

Status nutrisi yang rendah pada pasien CAPD akibat pengeluaran protein yang berlebihan, berisiko terhadap penurunan daya tahan tubuh dan memungkinkan rendahnya daya tangkal pada mikro organisme yang menyerang tubuh. Nilai albumin yang rendah mengakibatkan lamanya proses penyembuhan bila terjadi infeksi karena pembentukan sel yang lambat. Upaya mempertahankan kondisi tersebut dengan pemenuhan nutrisi seimbang sesuai diet yang disarankan.

3. *Personal hygiene*

Hasil analisis personal hygiene diketahui jumlah responden terbanyak adalah dengan personal hygiene kurang baik yaitu 13 orang (59.1%). Uji statistik diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan nilai $p=0.387$. Peneliti belum menemukan penelitian yang membahas hubungan *personal hygiene* dengan kejadian peritonitis pada CAPD, namun secara substansi dan dari hasil ini *personal hygiene* kurang baik mempunyai peluang 3,2 kali mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan *personal hygiene* baik. Untuk mencegah berkembangnya mikro organisme patogen pada pasien CAPD harus diperhatikan kebersihan diri (Tambunan, 2008).

Upaya untuk mempertahankan *personal hygiene* dengan melakukan kebersihan diri tiap hari secara rutin; mandi, gosok gigi, ganti baju, potong kuku dan membersihkan sekitar *exit site* dengan kasa steril setiap selesai mandi.

4. Kemampuan pasien dalam perawatan dialisis dirumah

Hasil analisis kemampuan pasien dalam perawatan dialisis dirumah terbanyak adalah kurang baik 14 orang (63.6%) dan 10 orang diantaranya mengalami kejadian peritonitis tinggi. Uji statistik diketahui ada hubungan yang signifikan dengan nilai $p=0.024$, kemampuan perawatan dialisis kurang baik mempunyai peluang 17,5 kali mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan kemampuan perawatan dialisis baik. Kemampuan perawatan dirumah ini menyangkut tentang tehnik melakukan dialisis secara benar, kemampuan mengenal adanya komplikasi dan kecepatan menghubungi perawat atau dokter jika terjadi masalah. (Tambunan, 2000). Sebagian besar responden tidak melakukan cuci tangan dan tidak memakai masker sesuai ketentuan saat melakukan penggantian dialisat dan perawatan *exit site* serta rendahnya kemampuan dalam mengenal tanda dan gejala adanya radang.

Kemampuan perawatan dialisis di rumah kurang baik berdampak pada tidak adekuatnya perawatan yang harus dilakukan sesuai standar, masalah ini memicu cepatnya pertumbuhan mikro organisme dan memudahkan terjadinya komplikasi. Upaya untuk meningkatkan kemampuan pasien dengan cara melatih kembali hal-hal yang kurang dikuasai dan melakukan pengawasan melalui kunjungan rumah secara rutin sesuai jadwal.

5. Sistem Pendukung

Hasil analisis diketahui bahwa sistem pendukung kurang baik dan baik adalah sama yaitu (50%). Uji statistik diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan nilai $p=1,000$. Sistem pendukung yang berasal dari keluarga atau penolong lainnya (*helper*) yang adekuat akan meningkatkan motivasi pasien untuk tetap konsisten dalam perawatan CAPD. Keluarga diharapkan turut dalam pengelolaan perawatan dan pengobatan pasien CAPD (Tambunan, 2008)

6. Fasilitas Perawatan CAPD dirumah

Hasil analisis diketahui bahwa fasilitas perawatan CAPD dirumah kurang baik dan baik adalah sama yaitu (50%). Uji statistik diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan dengan nilai $p=1,000$. Peneliti belum menemukan penelitian sejenis, tetapi secara substansi dan dari hasil penelitian ini fasilitas perawatan kurang baik berpotensi mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan fasilitas perawatan baik. Fasilitas perawatan kurang baik mempunyai peluang 7,1 kali mengalami kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan fasilitas perawatan baik.

Tidak tersedianya fasilitas perawatan yang memadai memberikan kontribusi terjadinya peritonitis. Adapun fasilitas perawatan yang diharapkan adalah

tersedianya kamar khusus untuk mengganti cairan dialisat dan adanya air mengalir untuk cuci tangan (Tambunan, 2008)

Berkembangnya mikro organisme tersebar luas dimana-mana, namun bisa diminimalisir dengan penyediaan ruang khusus untuk melakukan penggantian dialisat dan perawatan *exit site* serta adanya tempat cuci tangan yang mengalir.

7. Standar kualitas pelayanan keperawatan (YANKEP)

Hasil analisis standar kualitas pelayanan keperawatan (standar struktur) diketahui kurang baik (50%). Uji statistik diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan nilai $p = 0.203$. Peneliti belum menemukan penelitian sejenis, tetapi secara substansi dan dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa standar struktur kurang baik berpotensi menunjang kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan standar struktur baik. Standar struktur kurang baik mempunyai peluang 8 kali menunjang kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan standar struktur baik.

Standar kualitas pelayanan keperawatan (standar struktur) merupakan standar yang berfokus pada karakteristik internal dalam organisasi dan karakteristik perawat (Yetti, 2008). Karakteristik internal yang memerlukan perhatian lebih serius adalah belum tersedianya standar operasional prosedur (SOP) yang berkaitan dengan tindakan CAPD. Belum tersedianya SOP ini berisiko terjadinya kesalahan dalam melakukan tindakan keperawatan karena tidak ada panduan yang

jelas. Sedangkan karakteristik perawat yang perlu mendapatkan perhatian serius adalah masih ada 3 perawat yang bekerja di bagian dialisis belum memiliki sertifikat pelatihan yang sesuai dengan tugasnya. Tindakan dialisis merupakan tindakan kekhususan (spesialistik) memerlukan tenaga yang sudah terlatih dan trampil baik pada tingkat *basic* maupun *advance*.

Menghindari permasalahan yang terjadi akibat tidak terpenuhinya standar struktur maka perlu ditingkatkan kemampuan perawat melalui pelatihan-pelatihan yang mendukung dengan tugas yang dilakukan dan untuk menghindari kesalahan dalam tindakan perlu dibuat suatu SOP yang jelas.

Hasil analisis pada standar proses diketahui kurang baik (33.3%), uji statistik diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan nilai $p = 0.559$. Peneliti belum menemukan penelitian sejenis, namun secara substansi dan dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa standar proses kurang baik berpotensi menunjang kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan standar proses baik. Standar proses kurang baik mempunyai peluang 3 kali menunjang kejadian peritonitis tinggi dibandingkan dengan standar proses baik.

Standar proses berfokus pada tahapan kegiatan pada pasien CAPD mulai dari asuhan predialisis, rawat inap, sebelum dan selama pelatihan, perawatan dialisis dirumah (Yetti, 2007). Tindakan ini hanya dapat dilaksanakan oleh perawat yang telah mendapat sertifikat pelatihan dialisis

B. Implikasi Hasil Penelitian

1. Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

Terapi CAPD merupakan tindakan dialisis yang memerlukan insisi pada peritonium untuk pemasangan kateter, sehingga rentan akan terjadinya komplikasi satu diantaranya adalah peritonitis. Peran perawat adalah menjamin kualitas pelayanan keperawatan secara prima sehingga kejadian komplikasi pada pasien CAPD dapat diminimalkan. Dengan temuan-temuan yang ada dalam penelitian ini dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien yang membutuhkan. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa faktor status nutrisi dan kemampuan perawatan dialisis dirumah sangat berkontribusi terhadap kejadian peritonitis, sehingga masalah ini perlu mendapatkan perhatian yang lebih untuk menghindari terjadi komplikasi peritonitis berulang. Status nutrisi pasien diupayakan dengan pemenuhan nutrisi seimbang sesuai dengan diet yang disarankan sedangkan masalah kemampuan perawatan dialisis dirumah perlu dilakukan pengkajian ulang tentang kemampuan yang tidak dikuasai untuk dilakukan pelatihan ulang.

2. Implikasi pada pengembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber informasi untuk perawat khususnya yang menekuni tentang perawatan CAPD. Pada ranah pengembangan ilmu keperawatan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan rujukan sehingga dapat menambah kasanah keilmuan dibidang keperawatan. Untuk kekhususan keperawatan medikal bedah, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengkajian lebih luas dan lebih spesifik dalam membuat analisis dan sintesa yang berhubungan dengan kasus CAPD



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan tentang simpulan terkait dengan hasil penelitian dan beberapa saran berdasarkan hasil penelitian yang ditemukan.

A. Simpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa responden yang mengalami kejadian peritonitis rata-rata berusia 44.32 tahun dengan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki, tingkat pendidikan terbanyak adalah SLTA dan sebagian besar mempunyai penghasilan kurang dari UMR. Dari status nutrisi diketahui hampir sebagian besar responden dengan status nutrisi lebih dari sama dengan IMT dan personal hygiene sebagian besar kurang baik. Kemampuan pasien dalam perawatan dialisis di rumah sebagian besar kurang baik sedangkan dalam hal sistem pendukung dan fasilitas perawatan CAPD di rumah sebagian kurang baik. Standar kualitas pelayanan keperawatan pada standar struktur dan standar proses sebagian besar adalah baik.

Umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan penghasilan tidak ada hubungan dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD. Status nutrisi, kemampuan perawatan dialisis ada hubungan dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD, sedangkan personal

hygiene, sistem pendukung, fasilitas perawatan CAPD di rumah, standar struktur dan standar proses tidak ada hubungan dengan kejadian peritonitis pada pasien CAPD.

B. Saran

Berdasarkan hasil temuan dari penelitian ini, peneliti mengemukakan beberapa saran untuk institusi antara lain :

1. Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang

- a. Perawat dialisis tetap memberikan pendidikan kesehatan tentang cara perawatan dialisis di rumah dan perlunya nutrisi seimbang pada pasien dengan terapi CAPD.
- b. Pengembangan sumber daya manusia (perawat dialisis) dengan meningkatkan pendidikan formal maupun informal secara berjenjang satu tingkat lebih tinggi sehingga perawat dialisis setidaknya sudah memiliki sertifikat *basic* maupun *advance* sehingga kualitas pelayanan keperawatan dapat dipertahankan bahkan ditingkatkan.
- c. Perawat dialisis tetap memberikan pelayanan secara prima baik saat pasien datang untuk kontrol di rumah sakit maupun saat melakukan kunjungan rumah sehingga bila ada komplikasi pada pasien CAPD sedini mungkin segera dapat diketahui.

d. Menggairahkan kembali perkumpulan pasien CAPD yang pernah dibentuk dengan mengadakan pertemuan secara berkala sehingga saling terbina rasa solidaritas sesama pasien CAPD dan terjadi tukar pikiran tentang terapi yang dijalani.

2. Penyelenggara Pendidikan Keperawatan

Meningkatkan pemahaman mahasiswa tentang tindakan CAPD mengingat tindakan ini tergolong baru, di Jakarta (RS PGI Cikini) dimulai pada tahun 1990 sedangkan di Malang Jawa Timur baru dimulai tahun 2003. Cara meningkatkan pemahaman mahasiswa tentang CAPD melalui kuliah maupun dengan seminar.

3. Praktisi Spesialis Medikal Bedah

Perawat diharapkan lebih banyak menekuni area kekhususan sehingga penguasaan pada bidang ilmu tertentu dapat dipertanggung jawabkan dalam memberikan pelayanan keperawatan. Upaya yang dapat dilakukan berupa mengikuti pelatihan kekhususan; hemodialisis, CAPD dan kekhususan yang lainnya.

4. Pasien dan Keluarga

Mengingat tindakan CAPD dilakukan terus menerus dan melibatkan peran serta secara aktif dari pasien, maka pasien harus tetap menjaga standar perawatan yang

telah dilatihkan oleh perawat atau dokter sehingga terhindar dari komplikasi yang pernah dialami. Kebutuhan nutrisi seimbang diusahakan tetap dapat dipertahankan guna menghindari terjadinya masalah komplikasi. Keluarga diharapkan untuk tetap memberikan perhatian dan motivasi pada pasien CAPD, bentuk perhatian yang dilakukan berupa pemberian nutrisi seimbang, memberikan bantuan saat penggantian dialisat, penyiapan obat-obatan dan pembiayaan.

5. Penelitian Lanjut

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada peneliti yang akan melakukan penelitian lanjutan tentang karakteristik atau faktor-faktor yang tidak signifikan namun secara substansi masih ada keterkaitan dengan permasalahan pada pasien CAPD. Uji statistik faktor status nutrisi dengan mengukur IMT secara signifikan ada hubungan namun sebaiknya juga dilakukan pemeriksaan albumin untuk mengetahui status nutrisi yang dapat mempengaruhi kejadian peritonitis pada CAPD.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (2005). *Obesitas penelitian*. http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/15_KomplikasiObisitasdanUsaha.html. diperoleh tanggal 10 September 2008.
- Anonim. (2004). *Exit site care: Peritoneal catheter*. Departement of Medical Surgical Nursing The Ohio University Medical Center. <http://www.sma.org.sg/smj/4403/4403a5.pdf> diperoleh tanggal 5 September 2008.
- Anonim. (2007). *Peritonitis CAPD*. <http://www.bsac.org.uk/pyxis/Intra%20abdominal%20infections/Peritoneal%20cavity%20infections/Peritonitis/Peritonitis.htm>. diperoleh tanggal 10 September 2008.
- Anonim. (2005). *Possible problems with peritoneal dialysis*. Renal Dialysis Center The Ohio University Medical Center. http://www.ics.ac.uk/icmprof/downloads/20071116_TCD_position_statement_on_exam_inICM_for_IBTIC_M_v1.1_FINAL.pdf diperoleh tanggal 5 September 2008.
- Anonim. (2007). *Renal replacement therapy*, <http://www.kalbe.co.id/index.php?mn=product&tipe=3&cat=311>, diperoleh tanggal 10 September 2008
- Anonim. (2008). *Renal replacement therapy : Peritoneal dialysis*. National Kidney Foundation Of Malaysia. <http://www.sjkd.org/article.asp?issn=1319-2442;year=2001;volume=12;issue=4;spage=550;epage=552;auiast=Youmbissi> diperoleh tanggal 11 September 2008.
- Am J Kid Dis. (2004). *Classification of renal function*. National Kidney Foundation. KDOQI.
- Bakri, S. (2005). *Deteksi dini dan upaya-upaya pencegahan prograssifitas penyakit ginjal kronik*. <http://med.unhas.ac.id/DataJurnal/tahun2005vol26/Vol26No.3Supplementok/6-Syakib%20Bakri.pdf> diperoleh tanggal 8 September 2008
- Black, J, M. & Hawks, J.H (2005). *Medical surgical nursing clinical management for positive outcames*, 7th ed, Elsevier Saunders , St. Louis
- Budiarto, E. (2004). *Metododologi penelitian kedokteran sebuah pengantar*. Cetakan I. Jakarta : EGC.

- DeVore V.S. (2008). *Continuouse ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and Its Camplications*. <http://www.renal.org/guedelines/module3b.html>, diperoleh tanggal 17 September 2008.
- Dogan, Sl. et.al. (2008). *Relation of demographic, clinic and biochemical parameters to peritonitisin peritoneal dialysis*. Haseki Egitim ve Arastirma Hastanesi Nefrology Klinigi Istanbul Turkey. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/120187635/PDFSTART>, diperoleh tanggal 5 Oktober 2008
- Donovan K.L. et al. (2007). *Intra-peritoneal free elastase in CAPD peritonitis*. Institute of Nephrology. New Jersey. USA. <http://www.sjkdt.org/article.asp?issn=1319-2442;year=2004;volume=12;issue=4;spage=550;epage=552;aualast=Youmbissi> diproleh tanggal 9 September 2008.
- Gan at al. (2003). *A Study on Early Onset Peritonitis in CAPD patiens*. Singapore Med. <http://www.sma.org.sg/smj/4403/4403a5.pdf> diperoleh tanggal 2 September 2008.
- Gutch, C.F. Stoner, Martha H. Corea, & Anna L. (1999). *Review of Hemodialysis for Nurses and Dialysis Personnel*. 6th Edition. St. Louis. Missouri: Mosby, Inc.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta : FKM UI
- Hudak, C.M., & Gallo, B.M, (1997), *Critical care nursing : A holistic approach*. Lippincott Company J.B. Philadelphia
- Lancaster L.E. (1992). *Core curriculum for nephrology nursing*. 2th ed. New Jersey
- Lewis (2007). *Medical surgical nursing*. 7th edition. St.Louis : Missouri. Mosby-Year Book, Inc.
- MacDougall, D. (2007). *CAPD peritonitis: causes. Management*. Renal & Urology News. <http://www.renalandurologynews.com/CAPD-Peritonitis-Causes-Management/article/99060/> diperoleh tanggal 12 September 2008.
- Moorhead, Johnson , & Maas (ed). (2004). *Nursing outcomes classification*. 3th ed. Mosby Inc. : St Louis
- Pagano, M. G. (1993). *Principles of biostatistic*. An Imprint of Wadsworth Publishing Company. Belmont, California
- Pratiknya, A.W. (2007). *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran & kesehatan*. Jakarta : PT. RajaGrafindo Persada
- Price, S, A,. (1995). *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit*. Alih bahasa : Peter Anugerah, EGC, Jakarta.

- Sabri, L., & Hastono S.P. (2006). Statistik kesehatan. Edisi 1. Jakarta. PT RajaGrafindo Persada.
- Situmorang, T. (2008). Penyakit ginjal akut & kronik penyakit diabetik & metabolik (DM&Lupus) Integrasi terapi pengganti ginjal resep dan adekuasi pada hemodialisis. PPSDM Rumah Sakit PGI Cikini. Makalah Kursus Perawatan Intensif Ginjal XIV. Dipublikasikan
- Sidabutar, H. (2008). Anatomi dan fisiologi ginjal. PPSDM Rumah Sakit PGI Cikini. Makalah Kursus Perawatan Intensif Ginjal XIV. Dipublikasikan
- Sidabutar, R.P. (2005). Penanggulangan gagal ginjal kronik dan kemajuannya. Sub. Bag. Ginjal Hipertensi Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK UI RSCM. Jakarta. <http://www.sjkdt.org/article.asp?issn=1319-2442;year=2001;volume=12;issue=4;spage=550;epage=552;aulast=Youmbissi> diperoleh tanggal 17 September 2008.
- Sirivongs, D. et. al. (2006). *Risk factors of peritonitis episode in thai CAPD patients*. Khon Koen University, Khon Koen. http://www.medassocthai.org/journal/files/Vol89_Suppl.2_138_6475.pdf, diperoleh tanggal 5 Oktober 2008.
- Sudoyo, W., dkk. (2006), Buku ajar ilmu penyakit dalam, edisi 4 Jilid I, pusat penerbit Departemen penyakit Dalam fakultas Kedokteran universitas Indonesia, Jakarta.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2002). Buku ajar Keperawatan medikal-bedah brunner & suddarth. Jakarta. EGC.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.J., & Cheever, K.H. (2008). *Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins : Philadelphia
- Sugiyono. (2005). Statistika untuk penelitian. Alfabeta: Bandung
- Suwanda, R. (2008). Prinsip peitoneal dialisis. PPSDM Rumah Sakit PGI Cikini. Makalah Kursus Perawatan Intensif Ginjal XIV. Dipublikasikan
- Suwarno, B. (2006). Rumus dan data dalam aplikasi statistika. Alfabeta. Bandung
- Tambunan R. (2008a). Asuhan keperawatan pada pasien dialisis. PPSDM Rumah Sakit PGI Cikini. Makalah Kursus Perawatan Intensif Ginjal XIV. Dipublikasikan.
- _____. (2008b). *Training CAPD*. PPSDM Rumah Sakit PGI Cikini. Makalah Kursus Perawatan Intensif Ginjal XIV. Dipublikasikan.

Theo R. (2008). Menghitung indeks masa tubuh. <http://my-curio.us/?p=506>, diperoleh tanggal 20 September 2008.

Thomas, N. & Smith, T. (2003). *Renal nursing*. Second Edition. Bailliere Tindall. Philadelphia, USA.

Timby B.K, Scherer J.C, Smith N.E. (1999) *Introductory Medical-Surgical Nursing*. 7th edition. Lippincott. Philadelphia. New York. Baltimore.

Yetti K. (2007). Peran perawat dalam meningkatkan kualitas pasien peritoneal dialisis. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. Volume 11. Universitas Indonesia. Jakarta.

_____. (2008). *Essential qualities of a renal nurse*. Makalah Studi Ilmiah. Disampaikan pada Ulang Tahun RS PGI Cikini ke 110, Dipublikasikan tanggal 16 & 17 Pebruari 2008



Jadwal Pelaksanaan Penelitian

No	Jenis Kegiatan	Tahun 2008															
		Sept				Okt					Nov				Des		
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3
1	Pengajuan judul Tesis	√	√	√	√												
2	Pembuatan Proposal	√	√	√	√	√	√										
3	Ujian Proposal						√	√	√								
4	Pengumpulan Data								√	√	√	√	√				
5	Analisa Data									√	√	√	√	√			
6	Ujian Hasil Penelitian											√	√	√	√	√	√
7	Perbaikan Tesis												√	√			
8	Sidang Tesis														√	√	
9	Perbaikan Tesis															√	
10	Pengumpulan Laporan															√	
11	Publikasi																√

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian :

Faktor – faktor yang berkontribusi terjadinya peritonitis pada pasien *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang.

Peneliti : Supono

Nomor Hp: 08125266314

Pembimbing :

1. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc.
2. Mustikasari, S.Kp., MARS.

Saya telah memahami tujuan, manfaat, prosedur, gambaran risiko dan ketidaknyamanan yang mungkin terjadi, serta penjaminan kerahasiaan identitas saya pada penelitian ini. Tanpa adanya unsur paksaan dan secara sukarela saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Malang,

Tanda tangan responden

Tanda tangan peneliti

.....

Supono

**PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN
FAKTOR FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI TERJADINYA
PERITONITIS PADA PASIEN *CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL
DIALYSIS* (CAPD) DI RUMAH SAKIT UMUM Dr. SAIFUL ANWAR MALANG
JAWA TIMUR**

Kode Responden **Petunjuk Pengisian :**

Kuesioner tidak diberikan atau diisi langsung oleh responden (Pasien CAPD), tetapi digunakan sebagai pedoman oleh peneliti / pengumpul data untuk melakukan wawancara / observasi pada responden. Pengisian dengan memberikan *cek point* (\checkmark) pada kolom yang tersedia.

A. Data Karakteristik Demografi.

1. Umur : tahun
2. Jenis Kelamin : Pria / wanita *)
3. Pendidikan
 - () SD
 - () SLTP
 - () SLTA
 - () D III
 - () S 1
4. Berapa total penghasilan / pendapatan tiap bulan
 - () <Rp.750.000
 - () \geq Rp.750.000

B. Pengukuran Status Nutrisi

1. Tinggi badan (cm)
2. Berat badan (kg)

Uraian pertanyaan	Beri <i>check point</i> (\checkmark)	
	Tidak	Ya
C. Personal Hygiene :		
1. Apakah setiap hari bapak / ibu untuk menjaga kebersihan badan; mandi sedikitnya 2 kali (pagi sore)		

2. Apakah setiap hari bapak / ibu untuk menjaga kebersihan gigi; menggosok gigi sedikitnya 2 kali (pagi sore)		
3. Apakah bapak/ibu selalu menjaga kebersihan kuku tangan dengan memotong kuku lebih pendek		
4. Apakah setiap hari bapak/ibu ganti baju sedikitnya 1 kali		
D. Kemampuan pasien dalam perawatan CAPD :		
1. Apakah bapak/ibu selalu cuci tangan sebelum melakukan perawatan CAPD		
2. Apakah bapak/ibu selalu cuci tangan setelah melakukan perawatan CAPD		
3. Apakah bapak/ibu pernah tidak menggunakan masker selama proses perawatan CAPD		
4. Apakah bapak/ibu selalu mencegah terjadinya infeksi pada <i>exit site</i> dengan menutup kasa steril		
5. Apakah bapak/ibu pernah merendam cairan dialisat dalam air hangat sebelum digunakan		
6. Apakah bapak/ibu mengetahui bahwa cairan dialisat berwarna keruh merupakan tanda adanya komplikasi yang timbul dari terapi CAPD		
7. Apakah bapak/ibu mengetahui bahwa nyeri pada perut/ <i>exit site</i> merupakan tanda adanya komplikasi yang timbul dari terapi CAPD		
8. Apakah bapak/ibu mengetahui bahwa demam merupakan tanda adanya komplikasi yang timbul dari terapi CAPD		
9. Apakah bapak/ibu segera menghubungi perawat bila terjadi kompliasi pada terapi CAPD		
10. Apakah bapak/ibu segera pergi ke rumah sakit bila terjadi kompliasi pada terapi CAPD		
E. Sistem Pendukung pasien CAPD :		
1. Apakah bapak / ibu selalu mendapatkan bantuan dari keluarga dalam perawatan CAPD di rumah		
2. Apakah bapak / ibu selalu di antar oleh keluarga saat kontrol di rumah sakit		
3. Keluarga yang membantu / <i>helper</i> perawatan CAPD dirumah apakah pernah mendapatkan pelatihan dari perawat rumah sakit setempat		
F. Fasilitas Perawatan CAPD di rumah		
1. Apakah bapak / ibu memiliki kamar khusus untuk perawatan CAPD di rumah		
2. Apakah bapak / ibu memiliki tempat cuci tangan dengan air mengalir di dekat kamar khusus perawatan CAPD		

PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN
FAKTOR FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI TERJADINYA
PERITONITIS PADA PASIEN *CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL
DIALYSIS* (CAPD) DI RUMAH SAKIT UMUM Dr. SAIFUL ANWAR
MALANG JAWA TIMUR

Kode Responden **Petunjuk Pengisian :**

Kuesioner diberikan atau diisi langsung oleh responden (Perawat Dialisis). Pengisian dengan memberikan *cek point* (\checkmark) pada kolom yang tersedia.

A. Standar Pelayanan Keperawatan berdasarkan Struktur

1. Ketenagaan Perawat

- a. Sudah berapa lama bapak/ibu bekerja diruang dialisis : tahun
- b. Apakah bapak / ibu mempunyai sertifikat pelatihan dislisis untuk menunjang di tempat kerja sekarang
- () Tidak
- () Ya

Bila ya, lanjutkan pada pertanyaan berikut ini.

Tingkat sertifikat pelatihan yang dimiliki adalah :

- () *Basic*
- () *Basic dan Advanced*

Uraian pertanyaan	Beri <i>check point</i> (\checkmark)	
	Tidak	Ya
c. Apakah di tempat kerja bapak/ibu sekarang ini sudah sesuai dengan pilihan yang diinginkan		
d. Apakah bapak/ibu bila ada kesempatan pindah kerja, menginginkan pindah dari tempat kerja sekarang ini ke ruang lain		
e. Apakah bapak/ibu melakukan tindakan penggantian cairan dialisis pada pasien CAPD		
f. Apakah bapak/ibu mengenal tanda-tanda peritonitis pada pasien CAPD		

g. Apakah bapak/ibu melakukan edukasi – <i>training</i> pada pasien CAPD		
h. Apakah bapak/ibu melakukan penggantian transfer set pada pasien CAPD		
i. Apakah bapak/ibu melakukan <i>peritoneal equilibrium test</i> (PET) pada pasien CAPD		
j. Apakah bapak/ibu melakukan follow up dengan melakukan kunjungan rumah pada pasien CAPD		
k. Apakah bapak/ibu mempunyai kewenangan dalam menjalankan tugas setiap hari sesuai dengan tanggung jawabnya		
l. Apakah di tempat kerja bapak/ibu sudah menggunakan metoda penugasan misalnya; metoda Tim, metoda Fungsional		
m. Apakah di tempat kerja bapak/ibu mendapat tugas khusus misalnya; khusus tindakan hemodialisis		
n. Apakah di tempat kerja bapak/ibu mendapat tugas khusus misalnya; khusus CAPD		
o. Apakah di tempat kerja bapak/ibu melakukan tindakan hemodialisis maupun perawatan terapi CAPD		
p. Apakah di tempat kerja bapak/ibu telah dibuat struktur organisasi sesuai dengan tanggung jawabnya		
q. Apakah ditempat bapa/ibu bekerja tersedia manual – panduan (SOP) setiap aktivitas keperawatan.		
r. Apakah ditempat bapak/ibu bekerja ada modifikasi manual – panduan (SOP) setiap aktivitas keperawatan untuk menyesuaikan kondisi yang ada		
C. Standar pelayanan Keperawatan berdasarkan Proses		
1. Perawatan Pre Dialisis :		
a. Apakah bapak/ ibu menjelaskan kembali terapi yang dipilih pasien sebelum pasien dilakukan tindakan terapi CAPD		
b. Apakah bapak/ibu menjelaskan tentang pilihan tempat kateter dipasang		
c. Apakah bapak/ibu menjelaskan tentang risiko komplikasi yang terjadi pada terapi CAPD		
2. Selama Rawat Inap :		
a. Apakah bapak/ibu memberikan edukasi tentang perawatan <i>exit site</i> .		
b. Apakah bapak/ibu mengenalkan pada pasien terapi CAPD tentang tanda-tanda infeksi		
c. Apakah bapak/ibu mengenalkan pada pasien terapi CAPD tentang gejala infeksi		
d. Apakah bapak/ibu mengenalkan pada pasien terapi CAPD tentang cara pencegahan infeksi		

e. Apakah bapak/ibu memberikan edukasi cara mencegah terjadinya konstipasi, misalnya banyak makan sayur		
3. Sebelum dan selama pelatihan :		
a. Apakah bapak/ibu memberikan edukasi dasar pada pasien CAPD tentang anatomi ginjal		
b. Apakah bapak/ibu memberikan edukasi dasar pada pasien CAPD tentang proses penyakit		
c. Apakah bapak/ibu memberikan edukasi dasar pada pasien CAPD tentang proses pertukaran cairan dialisat dalam abdomen		
d. Apakah bapak/ibu memberikan edukasi tentang cara perawatan kateter		
e. Apakah bapak/ibu memberikan anjuran <i>emergency call</i> pada pasien CAPD bila sewaktu-waktu terjadi komplikasi		
f. Apakah bapak/ibu memberikan edukasi tentang diet tinggi protein		
g. Apakah bapak/ibu memberikan edukasi tentang diet tinggi serat		
h. Apakah bapak/ibu memberikan edukasi tentang diet pembatasan karbohidrat		
i. Apakah bapak/ibu mengingatkan kembali cara-cara pencegahan infeksi		
4. Perawatan pasien dirumah		
a. Apakah bapak/ibu melakukan kunjungan rumah pada pasien CAPD yang di indikasikan komplikasi peritonitis		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama** : Supono
- Tempat & Tanggal Lahir** : Kediri, 10 Desember 1965
- Alamat Rumah** : Perumahan Patal Jln. A. Yani Gang Merpati I
RT 01 RW 01 No. 3 - 5 Sentul Purwodadi Pasuruan
Jawa Timur.
- Telepon / HP** : 0341 – 422026 , 428788 / 08125266314
- E-mail** : onop_kmb@yahoo.com
- Asal Institusi** : Politeknik Kesehatan DepKes. Malang
Jln Besar Ijen No. 77 C Malang Jawa Timur
- Riwayat Pendidikan** :
1. PSIK FK UNIBRAW Malang, lulus tahun 2001
 2. AKTA Mengajar III IKIP Surabaya, lulus tahun 1998
 3. Akper Keguruan Soetopo Surabaya, lulus tahun 1998
 4. SPK DepKes. Blitar, lulus tahun 1985
 5. SMP Negeri 2 Nganjuk, lulus tahun 1983
 6. SD Negeri 2 Sukomoro Nganjuk, lulus tahun 1979
- Riwayat Pekerjaan** : 1. SPK – SPKSJ Lawang Malang tahun 1985 – 1999
2. AKPER Lawang Malang tahun 1999 – 2002
3. POLTEKKES DepKes. Malang 2003 - sekarang